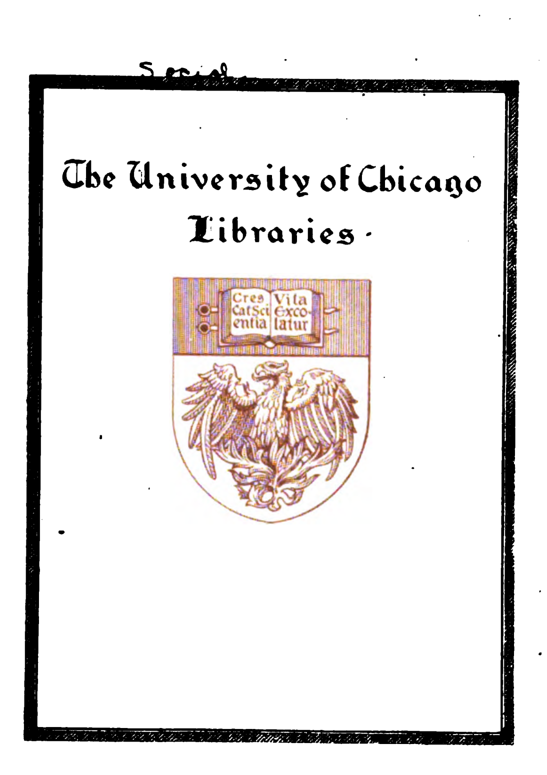



The University of Chicago
Libraries
Crescat Scientia Vita Excolatur



Social

ZEITSCHRIFT

für

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Im Auftrage der Deutschen Gesellschaft
zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

herausgegeben von

A. Blaschko † - Berlin, **B. Bloch** - Zürich,
S. Ehrmann - Wien, **E. Finger** - Wien,
J. Jadassohn - Breslau, **K. Kreibich** - Prag.

Redigiert von

Prof. Dr. A. Blaschko †,
Berlin W., Wilhelmstraße 45.

Per

XX. Band.



Leipzig 1921/1922.
Verlag von Johann Ambrosius Barth
Dörrienstraße 16

Inhaltsverzeichnis.

Originalbeiträge.

Zeitschrift

für

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Band 20. 1921 Nr. 1 u. 2.

(Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig.
Direktor: Prof. Dr. Rille)

Statistik der venerischen Erkrankungen an der Leipziger Hautklinik in den Jahren 1911—1919 und ihre Beeinflussung durch den Krieg.

Von

Dr. **Kornelius Langowski.**

Entsprechend den in allen Kriegen gemachten Erfahrungen war auch während des Weltkrieges und unmittelbar nachher eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten zu erwarten. Die Erkrankungen beim Feldheere sind anfangs relativ sehr gering gewesen. Dagegen hat die Erkrankungsziffer in der Etappe und in der Heimat im Laufe der Kriegsjahre in hohem Maße und in raschem Tempo zugenommen. Und als schließlich die Wechselbeziehungen von Front und Heimat durch Versetzungen und Beurlaubungen immer inniger wurden, wurde auch die Durchseuchung allgemeiner. Aber auch die heimische Bevölkerung zeigt während des Krieges ein anderes Bild als in Friedenszeiten.

Im folgenden sollen die Geschlechtskrankheiten in den Jahren 1911—1919 einschließlich systematisch zergliedert werden, soweit sie an der venereologischen Station der Leipziger Hautklinik zur Behandlung kamen. Die Arbeit schließt sich unmittelbar der Publikation von Frühwald und Weiler an, die die Jahre 1903 bis 1910 berücksichtigt und die Statistik von Einhaus 1897 bis 1902 fortgesetzt haben. Diese Arbeiten haben selbstverständlich nur einen bedingten Wert, da es sich lediglich um klinische Patienten handelt. Aber auch diese Zahl ist nicht genau zu berechnen, da sehr viele Patienten mit sekundär und tertiär luetischen Organveränderungen, mit durch Tripper hervorgerufenen Blasen- und Gelenkerkrankungen usw. auf anderen Stationen liegen. Auch

läßt sich der Prozentsatz der Kranken, die das Krankenhaus aufsuchen, gar nicht berechnen. Die meisten Geschlechtskranken befinden sich in poliklinischer oder privater Behandlung, wenn sie sich überhaupt einem Arzte anvertrauen. Da aber in Leipzig nur das eine Krankenhaus für Geschlechtskranke besteht, und, wie Frühwald richtig bemerkt: „im Durchschnitt es immer dieselben Kategorien von Patienten sind, die dem Krankenhause überwiesen werden (Mitglieder der Ortskrankenkassen und anderer Kassen usw.), so gibt der Vergleich der einzelnen Jahre doch eine gewisse Übersicht über das Steigen und Fallen der Geschlechtskrankheiten.“ Einige während der Kriegsjahre gemachte Beobachtungen erhalten im Vergleich mit anderen Statistiken einen gewissen absoluten Wert.

Die Gesamtsumme der vom Jahre 1911—1919 einschließlich in klinischer Behandlung gewesenen Geschlechtskranken beträgt 13724, davon sind 6317 Männer, 7033 Frauen und 374 Kinder. (In den folgenden Tabellen sind wie bei Frühwald und Weiler die Rezidive mitgerechnet, da jede Aufnahme wegen einer Geschlechtskrankheit einzeln gezählt ist.) Verteilen wir die Zahl der Männer auf die einzelnen Jahre, so ergibt sich ein Jahresdurchschnitt von 702. Frühwald hat einen solchen von 790 gefunden, Einhaus 526. In dieser Zahl sind auch bei Einhaus die Rezidive enthalten. Unsere Zahl 702 bedeutet durchaus keine Abnahme gegenüber der von Frühwald gefundenen Zahl 790, sondern sie ist durch den Ausfall von Männern während des Krieges zu erklären. Daß die Zahl der geschlechtskranken Männer bis zum Kriegsausbruch ständig wuchs, sehen wir aus folgendem Überblick:

1897:	422	1903:	684	1911:	1062
1898:	547	1904:	786	1912:	1158
1899:	578	1905:	800	1913:	1316
1900:	526	1906:	760	1914:	872
1901:	529	1907:	791	1915:	512
1902:	556	1908:	848	1916:	412
		1909:	794	1917:	191
		1910:	857	1918:	189
				1919:	605

Im Jahre 1913 ist die höchste Frequenz mit der Zahl 1316 erreicht. Der Kriegsausbruch bewirkt einen rapiden Abfall, der durch die Monatskurvendarstellung im Anhang noch deutlicher wird!

Die Kurve fällt ganz schroff von 108 im Juli auf 38 im Monat August herab. Während des Krieges fällt die Kurve immer tiefer, immer mehr Männer werden eingezogen (siehe auch Anhangsbild!). Die infizierten Urlauber und die Soldaten der Garnisonen werden in Militärlazaretten behandelt. Das Jahr 1919, das erste Friedensjahr, zeigt wieder einen Anstieg, der allerdings noch nicht sehr hoch ist, da noch sehr viele Männer als Kriegsgefangene im Auslande verweilen.

Sehen wir uns die Zeitabschnitte eines Jahres an, so bemerken wir ein ganz ungleiches Verhältnis der Frequenz, wie es ja auch von anderen Erkrankungen bekannt ist. Die jahreszeitlichen Schwankungen lassen sich am besten durch eine Zusammenstellung der Monatsfrequenzen übersehen. Aus dieser ergibt sich, daß bei uns wie bei Frühwald und Einhaus der Monat Januar die höchste Frequenz stellt. Nehmen wir ein Zwölftel der Jahresfrequenz als Normalmonatsfrequenz an, so überschreitet der Januar mit Ausnahme von 1919 in allen Jahren, also achtmal, die Normalmonatsfrequenz und zeigt viermal die höchste Frequenz überhaupt. Von den übrigen Monaten überschreiten die Durchschnittsfrequenz der März sechsmal, September und November je fünfmal und die übrigen Monate mit Ausnahme des Dezember je viermal. Die geringste Frequenz zeigt der Monat Dezember, der nur zweimal die Normalfrequenz überschreitet. Wollen wir die höchste und tiefste Frequenz erklären, so ist wohl nicht unrichtig, zu behaupten, daß im Monat Dezember die Arbeiter, Kaufleute, überhaupt die meisten Menschen angestrengt zu tun haben. Das Publikum kauft viel für die Feiertage ein, es muß vieles bis zu den Feiertagen fertiggestellt werden usw. Das Personal darf nicht eine Stunde fehlen. Und so ist es möglich, daß des hohen Verdienstes wegen Krankheiten unterdrückt oder verheimlicht werden. Daher die sehr tiefe Frequenz in diesem Monat. Anders ist es nach den Feiertagen. Im neuen Jahre will mancher einen neuen Lebenswandel beginnen, läßt sich untersuchen, und die im Dezember aus verschiedenen Gründen unterdrückten Erkrankungen kommen zur Behandlung. Andererseits bieten, wie Frühwald bemerkt, gerade die Weihnachts- und die Neujahrsferien zahlreiche Gelegenheit zum Geschlechtsverkehr und damit zur Ansteckung. Auch die Arbeitslosigkeit im Winter führt wohl manchen ins Krankenhaus. So häuft sich die Krankheitsziffer gerade im Januar bis zur höchsten Frequenz. Auch Urbach, der die Friedens-

statistik im österreichischen Heere bearbeitet hat, erwähnt von drei regelmäßig wiederkehrenden Anstiegen an erster Stelle den Januar und führt als Ursache an: Nachwirkungen von frischen, rückfälligen oder verheimlichten Erkrankungen während des Weihnachtsurlaubes.

Die beiden folgenden Tabellen zeigen die Art der Erkrankungen:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Lues	349	375	429	279	168	161	76	52	143	2032
Gonorrhoe . . .	544	578	660	424	246	190	84	111	273	3110
Ulcus molle . .	59	83	69	69	61	36	5	7	116	505
Lues + Ulc. m.	4	7	4	2	3	—	—	1	11	32
Lues + Gon. . .	39	49	60	40	19	14	16	10	15	262
Gon. + Ulc. m.	8	1	6	3	3	5	—	1	18	45
Lues + Gon. + U.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lues latens. . .	59	65	88	55	12	6	10	7	29	331
	1062	1158	1316	872	512	412	191	189	605	6317

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Lues I	100	137	206	148	86	77	38	31	57	880
I/II . . .	44	69	51	32	20	17	2	6	31	272
II	217	205	220	127	78	73	49	25	70	1064
III . . .	31	20	16	14	6	8	3	1	11	110
Lues latens . .	59	65	88	55	12	6	10	7	29	331
Gon. acut. ant. .	171	386	335	180	75	74	36	30	61	1348
Gon. ant. + post.	354	170	305	273	189	130	60	87	204	1772
Gon. chronic. .	66	72	86	14	4	5	4	5	41	297
Ulcus molle . .	71	91	79	74	67	41	5	9	145	582
	1113	1215	1386	917	537	431	207	201	649	6656

Sie sollen gleichzeitig auf den Unterschied zwischen der Zahl der Kranken und der Zahl der einzelnen Krankheiten hinweisen. Dieser Unterschied ist bei jeder Statistik streng zu beachten, was von Frühwald und Weiler versäumt ist. Wir haben 6317 männliche Kranke und 6656 Krankheiten, wenn die komplizierten Fälle, wie z. B. Lues + Gonorrhoe, einzeln gezählt werden. Bei unserer weiteren Analyse werden wir die einzelnen Krankheiten berücksichtigen.

Die größte Krankheitsziffer weist der Tripper auf. 3417mal ist er beobachtet worden und davon wiederum am häufigsten die Gon. acuta ant. et post., nämlich 1772mal. Der chronische Tripper kam verhältnismäßig selten zur Behandlung, 297mal.

Die folgende Zusammenstellung zeigt die absoluten Zahlen der gon. Fälle und das prozentuelle Verhältnis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten von 1903 ab:

1903: 351 = 51,31 %
1904: 369 = 46,92 ,,
1905: 377 = 47,12 ,,
1906: 343 = 45,13 ,,
1907: 328 = 41,46 ,,
1908: 369 = 43,51 ,,
1909: 423 = 53,28 ,,
1910: 403 = 47,02 ,,
1911: 591 = 53,10 %
1912: 628 = 51,69 ,,
1913: 726 = 52,38 ,,
1914: 467 = 50,93 ,,
1915: 268 = 49,91 ,,
1916: 209 = 48,49 ,,
1917: 100 = 48,31 ,,
1918: 122 = 60,69 ,,
1919: 306 = 47,15 ,,

Die absoluten Zahlen steigen bis 1913, um während des Krieges abzufallen und dann 1916 wieder zu steigen. Das prozentuelle Verhältnis zeigt nur 1918 einen Anstieg und hält sich sonst ungefähr auf gleicher Höhe.

Wegen Gon. wurden zweimal und öfter aufgenommen:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
zweimal . . .	19	20	30	25	7	9	8	7	11	136
dreimal . . .	—	1	10	—	2	1	1	1	1	17
viermal . . .	—	—	2	2	—	—	—	—	—	4

Die Lues ist die zweithäufigste Erkrankung. 2657 mal kam sie zur Behandlung, wobei ungefähr die Hälfte der Fälle dem Sekundärstadium angehört. Die folgende Tabelle gibt die absoluten Zahlen und das prozentuelle Verhältnis von 1903 ab an:

1903: 171 = 25,00 %
1904: 206 = 26,20 ,,
1905: 213 = 26,62 ,,
1906: 238 = 31,31 ,,
1907: 224 = 28,31 ,,
1908: 213 = 25,11 ,,
1909: 208 = 26,19 ,,
1910: 327 = 38,18 ,,
1911: 451 = 40,52 %
1912: 496 = 40,82 ,,
1913: 581 = 41,92 ,,
1914: 376 = 41,00 ,,
1915: 202 = 37,62 ,,
1916: 181 = 41,99 ,,
1917: 102 = 49,27 ,,
1918: 70 = 34,82 ,,
1919: 198 = 30,51 ,,

Die sprunghafte Zunahme im Jahre 1910 erklärt Frühwald mit der Einführung des Salvarsans. Die absoluten Zahlen steigen bis zum Kriegsausbruch, sinken dann während des Krieges bis 1918 immer tiefer, um 1919 wieder anzusteigen. Der Grund für



das Abfallen während des Krieges liegt selbstverständlich in dem Ausfall der Männer wie bei der Gonorrhoe. Das prozentuelle Verhältnis der Syphilis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten erreicht im Jahre 1917 den Höhepunkt, um dann wieder abzufallen.

Wegen Lues wurden zweimal und öfter aufgenommen:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
zweimal . . .	32	39	45	33	15	16	8	3	14	205
dreimal . . .	3	9	11	7	5	1	2	1	9	48
viermal . . .	1	—	3	2	2	1	—	—	4	13
fünfmal . . .	1	—	—	2	1	—	1	—	—	5
sechsmal . .	—	1	—	—	1	—	—	—	—	2

Die letzte Stelle nimmt der weiche Schanker ein. Es folgen die absoluten Zahlen und das Verhältnis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten:

1903: 119 = 17,39%
1904: 162 = 20,73 „
1905: 136 = 17,00 „
1906: 112 = 14,80 „
1907: 175 = 22,12 „
1908: 223 = 26,29 „
1909: 117 = 14,73 „
1910: 191 = 10,61 „
1911: 71 = 6,38%
1912: 91 = 7,49 „
1913: 79 = 5,70 „
1914: 74 = 8,07 „
1915: 67 = 12,48 „
1916: 41 = 9,51 „
1917: 5 = 2,41 „
1918: 9 = 4,48 „
1919: 145 = 22,34 „

Die Schankerfälle nehmen absolut und prozentuell bis 1918 ab, um 1919 sehr stark anzusteigen.

Das absolute Verhältnis der drei Geschlechtskrankheiten zueinander zeigt folgendes Bild (Fig. 1):

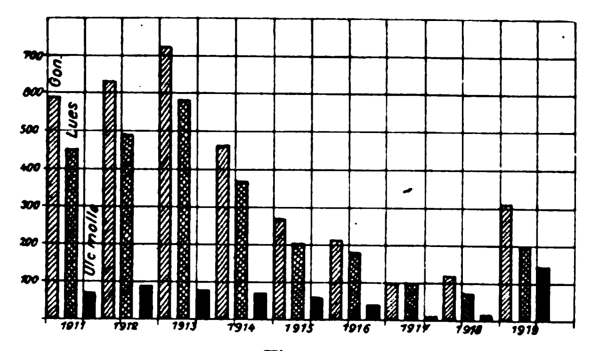


Fig. 1.

Die Kurven zeigen das prozentuelle Verhältnis (Fig. 2):

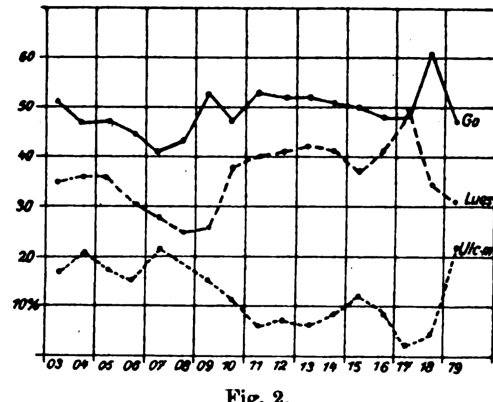


Fig. 2.

Hier ist besonders augenscheinlich die Abnahme des Ulcus molle im Verhältnis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten bis 1917 und in den beiden letzten Jahren ein sehr hoher Anstieg. Die Zunahme in den letzten Kriegsjahren ist auch von Scholz bei den Soldaten und von Oppenheim bei der Zivilbevölkerung festgestellt worden. Über das Verhältnis der drei Geschlechtskrankheiten zueinander finden wir noch folgende Angaben:

	Gon.	Lues	Ulc. molle
Bruck	69%	29%	2%
Brinitzer	71%	22%	7%
Vogel	69%	29%	2%
Urbach	51%	32%	17%
Chotzen	66,8%	20,1%	8,7%

Nach unseren Berechnungen beträgt das durchschnittliche Verhältnis Gon: Lues: Ulcus molle = 51,40 : 39,83 : 8,76.

Gleichzeitig bei einem Patienten sind folgende Kombinationen beobachtet worden: Lues + Ulc. molle 32mal, davon 13mal Lues I (also Chancre mixte), Lues + Gon. 262mal, 118mal Lues I. Gon. + Ulc. molle 45mal, Lues + Gon. + Ulc. molle sind in den neun Jahren niemals diagnostiziert worden. Am häufigsten ist Lues mit Gonorrhoe vergesellschaftet. Dann folgt Ulcus molle + Gon.

Einen Überblick über das Alter gibt folgende Kurve (Fig. 3).

Die höchste Frequenz sehen wir bei den 20jährigen und sehr hohe Frequenzen von 18—24 Jahren. In diesem Alter standen mehr als die Hälfte aller Kranken, nämlich 3263. Stellen wir die

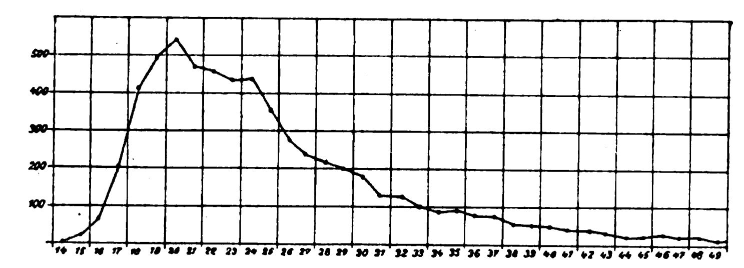


Fig. 3.

Altersklassen zusammen, wie es Einhaus und Frühwald getan haben, so geben die 21—25jährigen die größte Summe.

Jahre	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
15—20	253	341	315	232	158	153	52	56	183
21—25	408	463	517	321	121	61	36	55	196
26—30	205	198	258	167	77	62	25	26	109
31—40	143	138	171	114	89	66	34	26	80
41—50	38	18	36	25	38	45	25	12	23
51—60	12	—	13	9	19	18	14	10	11
über 60	3	—	6	4	10	7	5	4	3

Dieses Verfahren ist im allgemeinen üblich, da es sehr bequem ist. Das Resultat ist jedoch ungenau. Nur das Aneinanderreihen der einzelnen Jahrgänge und ihre Verbindung in Form einer Kurve gibt ein genaues und übersichtliches Bild. Unverkennbar ist der Einfluß des Krieges auf die Verschiebung innerhalb der einzelnen Altersklassen, wie aus der in Fig. 4 folgenden prozentuellen Berechnung hervorgeht.

Jahre:	15—20	21—25	26—30	31—40	41—50	51—60	über 60
1911	23,82	38,42	19,30	13,46	3,58	1,13	0,28
1912	29,45	39,98	17,10	11,92	1,55	—	—
1913	23,94	39,28	19,60	12,99	2,73	0,99	0,45
1914	26,60	36,81	19,15	13,07	2,87	1,03	0,46
1915	30,72	23,68	15,07	17,42	7,44	3,72	1,96
1916	37,13	14,80	15,05	16,02	10,92	4,37	1,70
1917	27,23	18,85	13,09	17,80	13,09	7,33	2,62
1918	29,63	29,63	13,76	13,76	6,35	5,29	2,12
1919	30,13	32,45	18,05	13,24	3,81	1,82	0,50

Die Zahl der 15—20jährigen nimmt von 1914—1916 zu und sinkt dann. Die Kurve der 21—25jährigen fällt bis 1916 und beginnt dann zu steigen, die 26—30jährigen nehmen von 1915 bis 1917 etwas ab. In dem gleichen Maße etwa nehmen die 31- bis 40jährigen zu. Starke Zunahme zeigt die Kurve der 41 bis

50 jährigen von 1915—1917. Im Jahre 1918 beginnen die interessanten Kurven sich aufzulösen und zeigen im Jahre 1919 ungefähr dasselbe Bild wie vor dem Kriege. Die Zunahme der Jugendlichen, die Abnahme der 20—30 jährigen und die Zunahme im

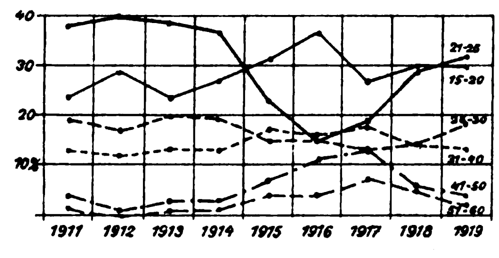


Fig. 4.

höheren Alter ist auch von Gaucher und Bizard, Finger, Oppenheim, Pezzoli und Stein beobachtet worden. Die Zunahme der Jugendlichen läßt sich durch die hohen Kriegslöhne, durch das Zusammenarbeiten mit jugendlichen Arbeiterinnen und die gänzliche Verwahrlosung der Jugend erklären, die Zunahme der 40 jährigen und darüber durch die größere Inanspruchnahme infolge des Männermangels.

Über die einzelnen Berufsarten gibt die folgende Tabelle einen Überblick:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	%
Handw. u. Profess.	374	428	459	286	162	144	71	62	190	2176=34,45
Fleisch., Bäck., Koch	52	40	65	51	34	20	13	15	24	314= 4,98
Friseur	16	17	19	17	12	7	2	1	10	101= 1,60
Gärtner, Landw.	5	8	11	7	1	5	1	1	10	49= 0,77
Arbeiter, Markthelfer	271	330	368	222	129	108	43	57	182	1710=27,07
Kutscher	23	45	33	22	18	16	8	2	23	190= 3,01
Chauffeur	—	4	7	5	1	3	1	1	5	27= 0,43
Kellner	62	48	58	36	25	11	7	3	11	261= 4,13
Diener, Bote	28	27	35	21	8	7	3	2	8	139= 2,20
Kaufmann	85	76	79	69	50	33	15	18	39	464= 7,34
Reisender	16	14	16	9	6	3	1	—	6	71= 1,12
Beamter, Lehrer	20	22	35	25	19	23	11	6	38	199= 3,15
Techniker	35	40	43	31	11	13	8	3	23	207= 3,28
Schreiber	11	12	15	23	9	6	1	5	8	90= 1,42
Schausp., Artist, Mus.	8	8	16	14	7	2	3	3	10	71= 1,12
Student	53	34	51	32	14	5	—	—	8	197= 3,12
Schüler	—	1	2	—	—	—	1	4	4	12= 0,19
Krankenpfleger	—	2	3	1	3	2	2	—	2	15= 0,27
Soldat	2	—	—	1	1	—	—	5	2	11= 0,17
Privat	1	2	1	—	2	4	—	1	2	13= 0,20
	1062	1158	1316	872	512	412	191	189	605	6317

Die geringste Beeinflussung durch den Krieg zeigen die Beamten und Lehrer, erst 1917 und 1918 nimmt ihre Zahl etwas ab. Das ist durch die vielfachen Reklamationen gerade in diesem Berufe zu erklären. Die Studenten verschwinden während des Krieges immer mehr, während sie in den Friedensjahren einen ziemlichen Prozentsatz ausmachen. Die 197 Studenten verteilen sich auf die einzelnen Fakultäten, wie folgt: phil. 77, med. 39, jur. 24, pharm. 15, oecon. 17, Handelshochsch. 11, theol. 6, med. dent. 4, music. 3, agron. 1. Eine Zunahme einzelner Berufsarten während des Krieges ist nicht zu bemerken.

Die Zahl der geschlechtskranken Kinder, die in den Jahren 1911—1919 in klinischer Behandlung gewesen sind, beträgt 374, und zwar entfallen auf die Knaben 49 und auf die Mädchen 325. Die Kinder befanden sich anfangs auf der Station für Hautkranke überhaupt. Im Jahre 1917 wurde eine dermatologische Kinderstation eingerichtet und seit Ende 1919 wurden die gon. Mädchen besonders getrennt. Die folgenden Tabellen zeigen die Art der Erkrankung bei Knaben und Mädchen:

Knaben	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Lues cong. . . .	3	1	1	1	4	2	6	3	2	23
Lues II. Inf. unb.	—	—	1	1	1	1	3	1	1	9
Lues II. Elt. luet.	3	—	2	—	—	—	2	—	1	8
Lues I	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Ulcus molle . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gon. urethr. . .	1	1	—	—	1	3	1	—	1	8
	7	2	4	3	6	6	12	4	5	49

Mädchen	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Lues cong. . . .	2	2	1	2	3	1	6	2	3	22
Lues II. Inf. unb.	2	—	1	—	—	1	3	3	1	11
Lues II. Elt. luet.	1	—	—	1	—	1	4	6	1	14
Ulcus molle . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Vulvovag. . . .	14	8	2	9	4	7	10	10	41	105
Gon. ureth. + vag.	7	2	—	5	17	34	30	50	18	163
Gon. urethrae .	—	1	—	—	—	—	5	3	—	9
	27	13	4	17	24	44	58	74	64	325

Außerdem wurde beobachtet bei Knaben: einmal Phimosis bei Gonorrhoe und einmal Balanitis. Bei Mädchen: zweimal Lues II + Gon., einmal Bartholinitis, einmal Cond. acum. bei Gon., einmal Conjunct. gon., einmal Rektalgon. und einmal Lues latens.

Die häufigste Erkrankung ist auch hier die Gonorrhoe. Und zwar kommt sie meist bei jungen Mädchen vor.

Auf die starke Zunahme der Mädchen weisen auch Finger und Stümpke hin. Die gonorrhöische Infektion wird nach Asch meistens durch fahrlässige Übertragung von seiten erkrankter Angehöriger oder Spielgefährten, selten durch Stuprum oder unzüchtige Handlungen verursacht. Finger betont als Infektionsquellen das Zusammenschlafen, das Benutzen derselben Gegenstände zum Reinigen der Geschlechtsteile, auch wohl ein gemeinsames Bad. Unbehandelte gonorrhöische Infektionen kleiner Mädchen können durch Verklebungen und Verwachsungen des späteren Konzeptionskanals und durch Übergreifen der Infektion auf den Uterus im Pubertätsalter Sterilität zur Folge haben.

Die Lues zeigt nur eine geringe Differenz zwischen Knaben und Mädchen. Meist handelt es sich um kongenitale Lues. Die folgenden Tabellen zeigen die Frequenz nach dem Alter:

Knaben	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Jünger als 1 Mon.	2	—	1	—	1	1	2	1	1	9
2—3 Mon. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4 Mon. bis 1 J. .	2	1	1	1	1	—	2	1	1	10
2—5 J.	—	—	2	—	3	1	4	1	2	13
6—10 J.	1	1	—	1	1	1	4	—	1	10
11—14 J. . . .	2	—	—	1	—	3	—	1	—	7
	7	2	4	3	6	6	12	4	5	49

Mädchen	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Jünger als 1 Mon.	—	—	1	1	1	—	2	—	2	7
2—3 Mon. . . .	—	—	—	—	—	1	—	1	2	4
4 Mon. bis 1 J. .	2	—	1	2	5	12	11	5	6	44
2—5 J.	6	10	—	9	9	24	32	37	29	156
6—10 J.	14	3	2	2	8	5	10	27	20	91
11—14 J. . . .	5	—	—	3	1	2	3	4	5	23
	27	13	4	17	24	44	58	74	64	325

Die Mehrzahl der Kinder gehört wie bei Frühwald dem 2. bis 5. Lebensjahre an. Die meisten Kinder waren ehelich geboren, wie aus folgender Gegenüberstellung hervorgeht:

Knaben	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
ehelich	7	1	4	3	5	5	10	3	5	43
unehelich . . .	—	1	—	—	1	1	2	1	—	6
	7	2	4	3	6	6	12	4	5	49

Mädchen	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
ehelich	20	8	2	13	15	34	45	50	33	220
unehelich . . .	7	5	2	4	9	10	13	24	31	105
	27	13	4	17	24	44	58	74	64	325

Die Frauenstatistik zeigt während des Krieges ein ganz anderes Bild als die Männerstatistik. Die Gesamtsumme der behandelten geschlechtskranken Frauen beträgt 7033, was einem Jahresdurchschnitt von etwa 781 entspricht. Bei Weiler beträgt der Durchschnitt der Jahre 1903—1910 514 Frauen, und bei Einhaus 1897—1902 von 2067 Kranken 344. Die starke Zunahme wird noch übersichtlicher durch die folgende Tabelle:

1897: 360	1903: 500	1911: 655
1898: 347	1904: 523	1912: 739
1899: 311	1905: 536	1913: 940
1900: 319	1906: 578	1914: 869
1901: 346	1907: 566	1915: 821
1902: 384	1908: 394	1916: 918
	1909: 553	1917: 561
	1910: 777	1918: 607
		1919: 923

Die absoluten Zahlen nehmen immer mehr zu. Besonders deutlich ist das Emporschnellen im Jahre 1910, verursacht durch die Einführung des Ehrlichschen Mittels. Dann weiteres Ansteigen, und nur 1917 ein stärkeres Abfallen, 1919 erneutes starkes Emporschnellen.

Die jahreszeitlichen Schwankungen verteilen sich auf die einzelnen Monate wie folgt:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Januar . . .	62	47	71	80	69	90	52	55	83	609
Februar . . .	49	54	79	83	59	87	38	40	54	543
März	63	60	65	71	93	50	62	69	41	574
April	51	54	108	61	80	78	30	61	75	598
Mai	68	74	89	91	54	104	58	35	87	660
Juni	43	72	71	89	51	52	54	64	89	585
Juli	42	58	79	66	79	90	32	55	69	570
August . . .	63	61	91	64	74	75	50	31	105	614
September . .	76	65	82	69	92	62	45	45	117	653
Oktober . . .	36	79	67	56	62	82	46	63	108	599
November . .	59	60	81	67	42	95	47	38	58	547
Dezember . .	43	55	57	72	66	53	47	51	37	481
	655	739	940	869	821	918	561	607	923	7033

Während bei den Männern der Kriegsausbruch einen plötzlichen Abfall zur Folge hatte, ist bei den Frauen etwas Derartiges nicht zu beobachten. Juli und August zeigen fast die gleiche Höhe (siehe Fig. 11!).

Am häufigsten wird bei den Frauen der Monat Mai betroffen. Er weist zwar nur zweimal die höchste Frequenz auf, überschreitet aber siebenmal die Normalmonatsfrequenz. Die übrigen Monate überschreiten: Januar sechsmal, Juni, August und September je fünfmal, März, April und Oktober je viermal, Juli und November je dreimal, der Februar zweimal. Die geringste Frequenz zeigt wie bei den Männern der Monat Dezember, der niemals die Normalmonatsfrequenz überschreitet. Die höchste Erkrankungsziffer liefert also im Gegensatz zu den Männern der Monat Mai. Die Frühlingszeit weckt den schlummernden Geschlechtstrieb, der nach seiner Befriedigung verlangt. Nach Willmanns besteht in den Monaten Mai—Juni die Zeit der höchsten geschlechtlichen Erregung.

Die beiden folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Art der Erkrankungen. Auf den wichtigen Unterschied zwischen der Zahl der Kranken und der Zahl der Krankheiten ist bereits bei den Männern hingewiesen:

		1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Lues		274	279	311	290	225	276	192	133	174	2154
Gonorrhoe		160	271	360	264	313	303	177	255	427	2530
Ulcus molle		22	34	17	34	34	32	12	21	70	276
Lues + Ulc. m.		4	6	2	2	12	7	—	—	3	36
Lues + Gon.		35	25	43	55	37	49	48	46	90	428
Gon. + Ulc. m.		1	2	5	6	3	11	2	3	33	66
L. + Gon. + U. m.		1	—	2	2	2	3	—	1	7	18
Lues latens		19	18	38	41	25	52	64	68	49	374
ohne Ursache	Bartholinitis	13	14	17	12	9	10	3	6	7	91
	Condyl. acum.	9	16	21	15	22	15	8	11	9	126
	Bubo	2	1	1	2	—	5	4	2	8	25
Cath. urethr.		1	5	4	—	2	2	1	—	—	15
Cath. cervicis		114	68	119	146	137	153	50	61	46	894
		655	739	940	869	821	918	561	607	923	7033

Es handelt sich um 7033 Frauen, die mit 7599 Krankheiten behaftet sind. Wie bei den Männern ist auch hier die häufigste Erkrankung der Tripper. (Weiler hat in dem Zeitraum 1903 bis 1910 Lues als die häufigste Erkrankung gefunden.) 3042 gonorrhöische Frauen kamen zur Behandlung. Außerdem wurde bei 894 Frauen die Diagnose Catharus cervicis (15mal mit Cath. ure-

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Lues I	27	16	40	38	25	33	21	26	44	270
Lues I/II . . .	1	2	10	14	11	9	16	15	4	82
II	265	279	289	288	231	279	190	130	215	2166
III . . .	21	13	19	9	9	14	13	9	11	118
Lues latens . .	19	18	38	41	25	52	64	68	49	374
Gon. urethrae .	13	90	104	94	101	99	48	70	178	797
Gon. cervicis . .	95	106	188	112	116	128	103	119	251	1218
Gon. ur.+cerv. .	89	102	118	121	138	139	76	116	128	1027
Cath. urethr. . .	1	5	4	—	2	2	1	—	—	15
Cath. cervicis .	114	68	119	146	137	153	50	61	46	894
Ulcus molle . .	28	42	26	44	51	53	14	25	113	396
Bartholinitis . .	13	14	17	12	9	10	3	6	7	91
Condyl. acum. .	9	16	21	15	22	15	8	11	9	126
Bubo	2	1	1	2	—	5	4	2	8	25
										7599

thrae) gestellt, bei denen zum größten Teile klinische Erscheinungen einer Gonorrhoe vorlagen, aber keine Gonokokken gefunden wurden. Trotzdem wir diese Fluorfälle nicht mitrechnen und zu den Luesfällen die Fälle mit Lues latens hinzuzählen, so dominiert dennoch die Gonorrhoe. Am häufigsten kommt die Gon. cervicis vor. Absolut und im Verhältnis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten hat der Tripper stark zugenommen, wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht:

1903: 92 = 20,04%
1904: 105 = 21,73 „
1905: 84 = 18,14 „
1906: 117 = 22,74 „
1907: 132 = 26,29 „
1908: 146 = 28,02 „
1909: 130 = 27,77 „
1910: 260 = 37,03 „
1911: 197 = 35,30%
1912: 298 = 44,61 „
1913: 410 = 49,28 „
1914: 327 = 42,97 „
1915: 355 = 50,21 „
1916: 366 = 45,41 „
1917: 227 = 41,65 „
1918: 305 = 52,77 „
1919: 557 = 56,09 „

(Schluß folgt.)

Zur Prostituiertenkontrolle.

Von

Dr. **Scharfe**, Polizeiarzt, Cöthen.

Bei der unerhörten Ausdehnung der Geschlechtskrankheiten, unter der heute Deutschland zu leiden hat, erscheinen mir die Bestrebungen zur Aufhebung der Prostituiertenkontrolle außerordentlich bedenklich. Der Sinn der Kontrolle ist, einzelne Infektionsquellen frühzeitig zu finden und unschädlich zu machen. Alle die mehr erwarten, mußten sich täuschen; aus ihrer Zahl rekrutieren sich zum großen Teil die Gegner jeder Kontrolle. Töricht ist es z. B. meines Erachtens, von der Kontrolle ein Gesundmachen aller Prostituierten zu verlangen; das ist ganz unmöglich. Alle diese Mädchen haben mindestens einen chron. Tripper und ich wage niemals zu erklären, daß eine so erkrankte Frau für immer geheilt sei, höchstens, daß seit einigen Wochen Gonokokken nicht mehr nachzuweisen waren. — Mit den an Syphilis Erkrankten steht es etwas günstiger. Durch dreimalige Blutuntersuchung im Jahre mit eventueller Behandlung kann man wohl das Entstehen eines infektiösen Zustandes ziemlich sicher verhüten.

Nun fragt es sich natürlich, welche Bedeutung dem Beseitigen eines von vielen Seuchenherden zukommt. Mir scheint dies sehr wertvoll; denn ein einziger Seuchenherd kann durch die Umstände eine große Gefahr bedeuten. Und gerade das ist hier der Fall. Wenige sind sich wohl klar, wie stark u. U. der Besuch der einzelnen „Damen“ in einem Bordell ist, und das ist doch der einzige Maßstab, um die Größe der Gefahr zu bemessen, die von einer Erkrankten ausgeht. In meiner Tätigkeit erfuhr ich einmal, daß ein Mädchen in 24 Stunden 47 Gäste empfangen hatte! Eine freie Prostituierte kann diese Zahl natürlich nie erreichen.

Auch nicht erkrankte Prostituierte können Trägerinnen von Infektionserregern sein und ohne selbst zu erkranken den Krankheitsstoff weitergeben. Gegen diese Form der Verbreitung von

Geschlechtskrankheiten ist Reinlichkeit das einzige Mittel und diese läßt sich bei den Kontrollen und durch sie sehr fördern. — Deshalb bin ich gegen eine Abschaffung der Kontrollen und für ihre möglichste Ausdehnung.

Das soll nun aber nicht heißen, daß ich mit der Kontrolle von heute einverstanden wäre. Erstens bedeutet heute das Stellen unter Kontrolle eine Art Polizeiaufsicht über Leute, die nichts verbrochen haben, die nicht vom Richter verurteilt sind. Sie geht einher mit Beschränkung der persönlichen Freiheit durch Ausnahmebestimmungen. Die Folgen jedes Ausnahmegesetzes — Widerstand gegen dasselbe und seine Vollzieher — sind auch hier eingetreten. Umgehungen sind an der Tagesordnung. Man hatte übersehen, daß es sich bei der Ausübung der Kontrolle um Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit handelt; und dazu ist ein Vertrauensverhältnis moralische Voraussetzung. Zweitens umfaßt die Kontrolle nur einen kleinen Teil der gewerbsmäßig Prostituierten. Das kann sich nur ändern, wenn es im eigenen Interesse der Mädchen liegt, unter Kontrolle zu stehen und kontrolliert zu werden.

Meine Vorschläge zur Abänderung wären folgende: Die Kontrolle muß aus der Hand der Polizei in die des Arztes gelegt werden; geeignet ist dafür ein beamteter Arzt, ein Polizeiarzt; denn bei der Durchführung wird öfter ein Hand-in-Hand-Arbeiten mit der Polizei nicht zu umgehen sein. Rechtlich ist dieser Übergang ohne weiteres möglich. Die bisherigen Bestimmungen haben ihre Grundlage nur in Verordnungen, die neue Kontrolle stützt sich auf das Reichsseuchengesetz. Dies ist anwendbar durch den Grundsatz, daß jedes Mädchen, das gewerbsmäßig Geschlechtsverkehr treibt, seuchenverdächtig ist, und deshalb ärztlicher Kontrolle untersteht. Alle Bestimmungen, die persönliche Freiheit beschränken, sind unhaltbar, wenn sie nicht sich rechtfertigen lassen als Mittel zum Verhüten der Seuchenverbreitung. Das heißt, alle Sonderbestimmungen gegen Prostituierte fallen; die allgemein gültigen Gesetze gegen anstößiges Betragen, Verletzung der öffentlichen Sittlichkeit usw. bleiben bestehen.

Man könnte fürchten, daß es schwieriger werden wird als bisher, die regelmäßigen Kontrollen zu erzwingen. Ich glaube nicht daran. Wird die Untersuchung im Sinne einer Beratungsstelle ausgeführt, haben die Mädchen das Gefühl, daß der untersuchende Arzt sich bemüht, sie gesund und „nichtansteckungsfähig“ zu erhalten, dann werden sie freiwillig kommen. Es ist sogar möglich,

daß sich alle dazu drängen. Ich würde es doch für sinngemäß halten, daß jedes regulär kontrollierte Mädchen frei bliebe von der Strafe, die das Seuchengesetz im § 3 androht. (Wer den Beischlaf vollzieht, obwohl er an einer Geschlechtskrankheit leidet.) Dagegen würde jede Unkontrollierte, die gewerbsmäßig Unzucht treibt, der ganzen Schärfe des Gesetzes verfallen sein, da sie weiß oder wissen muß, daß sie seuchenverdächtig ist. Gewinnt diese Auffassung Geltung, so ist damit ein dringendes persönliches Interesse aller Prostituierten konstruiert, sich der Kontrolle regelmäßig zu stellen.

Würde doch einmal ein Zwang nötig, so könnte die neue ärztliche Kontrolle mit viel strengeren Strafen vorgehen. Es handelt sich ja dann nicht mehr um Verstöße gegen polizeiliche Verordnungen, um versäumte polizeiliche Anmeldung beim Wohnungswechsel, sondern um Vergehen oder Verbrechen gegen das Seuchengesetz.

Und nun noch ein Wort zur praktischen Durchführung. Es ist sehr nötig, daß die Kontrolle fortlaufend bleibt, auch beim Wechsel des Wohnorts. Heute ist es ein beliebter Trick, daß ein Mädchen, das krank zu sein glaubt oder krank ist, ohne Abmeldung verzieht. Sie treibt sich dann bestenfalls unter privater ärztlicher Behandlung als freie Prostituierte herum, steckt dabei natürlich viele Männer an, und meldet sich nach Ablauf der akuten Krankheitserscheinungen an drittem Orte zur Kontrolle. Das ist ein großer Mißstand. — Ferner ist jeder Polizeiarzt bei der Kontrolle allein angewiesen auf die gerade nachweisbaren Krankheitserscheinungen. Über bestandene Krankheiten, über durchgeführte Kuren stehen ihm nur die stets erlogenen persönlichen Angaben zur Verfügung. An Stelle der bisher geführten Register über Straftaten und verbüßte Strafen müssen Verzeichnisse über bestandene Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung geführt werden.

Ich würde vorschlagen, einheitlich und gültig für das ganze Reich eine Kontrollkarte beim Beginn jedes Jahres auszustellen. Auf dieser stehen vorne die Personalien mit Lichtbild; die zweite Seite gibt Berichte über die Infektionen, die Kuren, die Blutuntersuchungen. Die dritte Seite zeigt die Wohnungswechsel, auf der vierten finden sich Vordrucke für die Kontrolluntersuchungen. Diese Karte muß bei jedem Ortswechsel binnen 24 Stunden vom zuständigen Polizeiarzt geführt werden.

Muster einer Kontrollkarte.

Rückseite.

	1921 Kontrolliert am:								Unterschrift
I	7	10	14	17	21	24	28	31	Dr. G.
II	6	9	13	16	20	23	27		Dr. G.
III									
IV									
V									
VI									
VII									
VIII									
IX									
X									
XI									
XII									

Vorderseite.

1921

Ausstellungsort: ....

Name: ....

Geburtsort: ....

Geburtstag: ....

Stempel.
Polizeiarzt
in X.

Lichtbild.

Diese Karte ist bei jedem Ortswechsel binnen 24 Stunden dem zuständigen Polizeiarzt vorzulegen. Unterlassung wird als Verbrechen gegen das Seuchengesetz bestraft.

Zweite Seite.

Vorgeschichte:

1. Luesinfektion im Jahre ....
2. Volle Kuren im Jahre ....
3. Weicher Schanker im Jahre ....
4. Wegen Tripper im Krankenhaus zu ....

vom .... bis .... vom .... bis ....

vom .... bis .... vom .... bis ....

vom .... bis .... vom .... bis ....

Dritte Seite.

Ortswechsel 1921

		Unterschrift des Polizeiarztes
am	nach	
am	nach	
am	nach	
am	nach	
am	nach	
am	nach	
am	nach	
am	nach	
am	nach	

Anmerkungen im Jahre 1921

17. Jan.: Wassermann negativ.

27. Febr.: In der Cervix Gonokokken. Krankenhaus in X.

2*

Enquête über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz.

Von Dr. **Gsell**, Zürich.

Es sind in der Schweiz verschiedene Versuche gemacht worden, die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten durch Befragung der Ärzte festzustellen; zweimal kantonal (Basel 1881, Zürich 1905/6), einmal in der ganzen Schweiz (1898). Diese Versuche sind mit Ausnahme des baslerischen, dessen Ergebnis der Öffentlichkeit vorenthalten wurde, gescheitert. Schuld an diesem Mißlingen war das mangelnde Interesse von seiten der Ärzte. Bei der schweizerischen Statistik 1898/99 haben etwa $^1/_6$ der Ärzte, bei der zürcherischen etwa $50^0/_0$ die Fragebogen beantwortet.

Nun hat die im Jahre 1918 gegründete Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten diese Bestrebungen wieder aufgenommen, indem sie es als eine ihrer grundlegenden Aufgaben betrachtete, ein annähernd richtiges Bild über Zahl und Verbreitung der venerischen Krankheiten in der Schweiz zu erhalten. Sie hat eine erneute Enquête lanciert und zwar für den Zeitraum eines ganzen Jahres, vom 1. Oktober 1920 bis zum 30. September 1921.

Um zu einem besseren Resultat zu gelangen als bei den früheren Versuchen, mußten umfassendere Vorbereitungen getroffen werden. Es wurde zuerst die Unterstützung des Bundesrates gesichert, der sein Einverständnis mit der Enquête erklärte und einen vorläufigen Kredit von 25000 Frs. bewilligte. Ebenso wurden die kantonalen Sanitätsdirektoren von dem Vorhaben in Kenntnis gesetzt. Um die schweizerische Ärzteschaft für die Enquête zu gewinnen, nahm die Schweizer Ärztekommission (ausführendes Organ der Verbindung der Schweizerärzte) die Propaganda in die Hand und es wurde im September 1920 ein von Br. Bloch verfaßter Aufruf an die Schweizerärzte in den medizinischen Zeitschriften der Schweiz erlassen, in welchem dringend um Unterstützung von seiten der Kollegen gebeten wurde. Derselbe Aufruf wurde vom Eidgenössischen Gesundheitsamt in seinem Bulletin, das jeder Arzt erhält, publiziert. Unterzeichner sind: Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Ärztekommission und das Schweizerische Gesundheitsamt. Überdies wurde jedem Arzt eine persönliche Einladung zur

Teilnahme zugeschickt unter Beilage der Anzeigeformulare. Der Beginn der Enquête wurde auf den 1. Oktober 1920 festgesetzt; sie soll bis 30. September 1921 durchgeführt werden. Die Anzeigen werden vom Arzt kostenfrei dem Eidgenössischen Gesundheitsamt eingesandt und jede Anzeige wird mit 50 Rappen honoriert. Um einer Obstruktion der Ärzte vorzubeugen, wird die Wahrung des ärztlichen Geheimnisses garantiert, und da nur die Anfangsbuchstaben des Patienten anzuzeigen sind, die Anzeige also anonym ist, ist kein Grund vorhanden, Einspruch zu erheben, weder von seiten der Ärzte, noch der Patienten. Das Anzeigeformular ist folgendermaßen gehalten:

Schweizerische Enquête der Geschlechtskrankheiten 1920/21.

Nr. . . . . Journal-Nr. des Arztes: . . . .

Anfangsbuchstaben von Vor- . . . . und Geschlechtsname: . . . . .
des Pat.

Geschlecht: männlich weiblich Alter: . . . . Zivilstand*): ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden.
Bei Kindern:*) ehelich, unehelich.

Wohnort: . . . . Beruf, bzw. Beschäftigung: . . . .

Diagnose: Gonorrhoe*) ohne Komplikation, mit Komplikation, (Ophthalmoblennorrhoe).
Syphilis*): I. und II. Stadium — III. Stadium 1) — latens 2) Tabes, Paralysis progressiva, Lues congenita.
Wassermann: positiv, negativ, nicht ausgeführt.
Ulcus molle.*)

Infektionsdatum: . . . . Beginn der Behandlung: . . . . .

Infektionsquelle: wo? Ort? . . . .
durch wen?*): Prostituierte, Ehegatte, Braut oder Bräutigam, andere Person.
Beruf derselben: . . . .

Frühere Behandlung bei: . . . . Überwiesen an (Krankenhaus, Spezialarzt usw.) . . . . . .

Besondere Bemerkungen (Ansteckung weiterer Personen usw.): . . . .
Berufsinfektion.

. . . .

. . . . , den . . . . . . Unterschrift des Arztes:
. . . .

1) Alle gummösen Formen der Haut und anderen Organe (Knochen-, Haut-, Eingeweide-, Gefäß-, Nerven-Lues).

2) = Lues ohne klin. Sympt., aber mit posit. Wassermann.

*) Zutreffendes unterstreichen.

In den Kantonen Zürich und St. Gallen wurde durch behördliche Verfügung die anonyme Anzeigepflicht für ein Jahr obligatorisch erklärt, so daß in diesen Kantonen die Statistik gesichert ist. Aber auch in den übrigen Kantonen wird, nach den bis jetzt (Ende Januar 1921)

eingelaufenen Formularen, recht gut angezeigt, so daß wohl zu hoffen ist, es werde bis Herbst 1921 eine brauchbare Statistik zu erhalten sein.

Über das Ergebnis dieser Enquête soll seinerzeit in dieser Zeitschrift wieder berichtet werden.

Anm. der Red.:

Die in Frage kommenden Aufrufe hatten folgenden Wortlaut:

1. Aufruf an die Ärzte.

Im Laufe des Monats September werden an sämtliche Ärzte der Schweiz Formulare versandt werden, welche dazu bestimmt sind, statistische Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz zu ermöglichen. Die Aufgabe, die damit an den vielgeplagten praktischen Arzt herantritt und die ihm zu den vielen Schreibereien noch eine neue aufbürdet, erfordert einige Worte der Aufklärung. Ihr sollen folgende Zeilen gewidmet sein:

Seit $2^1/_2$ Jahren besteht in der Schweiz eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Sie hat sich in ihrer bisherigen Tätigkeit bemüht, in ärztlichen und vor allem in weitesten Laienkreisen durch öffentliche Vorträge und Demonstrationen, durch Publikationen von Broschüren und Merkblättern aufklärend zu wirken und die Verantwortung, die wir alle gegenüber der unaufhaltsamen Weiterverbreitung der venerischen Krankheiten tragen, zu wecken und zu verstärken. Diese Bestrebungen haben unstreitige Erfolge gezeitigt; davon zeugen zahlreiche Gründungen von kantonalen Sektionen, sowie das Interesse, das sich an vielen Orten für die Ziele der Gesellschaft kundgibt.

Damit ist jedoch erst ein ganz minimaler Teil dessen erreicht, was das Programm der Gesellschaft anstrebt. Eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wie auch aller anderer Infektionskrankheiten ist nur möglich, wenn sich alle Ärzte an dem Werke beteiligen. Sie ist vor allem nur dann möglich, wenn wir die ganze Größe und Ausdehnung der Gefahr, der wir entgegentreten sollen, kennen. Einen Feind zu vernichten, dessen Stärke, Lage und Hilfsquellen uns verborgen sind, ist ein vergebliches Unterfangen. Die Basis aller Bestrebungen, welche sich die Ausrottung der Geschlechtskrankheiten zum Ziele setzen, muß die statistisch erfaßte Kenntnis von der Ausdehnung und Verteilung dieser Krankheiten in dem zu sanierenden Bezirk sein. Dieser Satz hat seine fundamentale und unbestrittene Gültigkeit, gleichgültig, wie man sich sonst zur Methode, nach welcher der Kampf geführt werden soll, stellen mag. Diese Tatsachen haben eine Reihe von Ländern, welche uns auf diesem Gebiet weit voraus sind, erkannt und praktisch durch die Ausdehnung der offiziellen medizinischen Statistik auf die Domäne der Geschlechtskrankheiten verwertet.

Auch in der Schweiz ist schon der Versuch gemacht worden, die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten durch die Befragung der Ärzte festzustellen, zweimal kantonal (Basel 1881, Zürich 1905/6), einmal in der ganzen Schweiz (1898). Diese Versuche sind mit Ausnahme des baslerischen, dessen Ergebnis der Öffentlichkeit vorenthalten wurde, kläglich gescheitert. Schuld an diesem Mißlingen war neben den ungünstigen Zeitverhältnissen vor allem das mangelnde Interesse von seiten der Ärzte. Bei der schweizerischen Statistik 1898/99 haben ca. $^1/_6$ der Ärzte, bei der zürcherischen ca. $50^0/_0$ die Fragebogen beantwortet. Die gleiche Erscheinung ist auch anderwärts, z. B. bei der großen Statistik, die in Deutschland durchgeführt wurde, zutage getreten.

Wenn die Unterzeichneten es wagen, trotzdem in dieser Angelegenheit wieder vor das ärztliche Forum zu treten, so tun sie das in der Überzeugung, daß heute, nicht zum wenigsten auch infolge des Krieges und seiner Begleiterscheinungen, das Verantwortlichkeitsgefühl der Ärzte gegenüber sozialhygienischen Fragen ein ganz anderes ist, als noch vor einigen Jahren und im Bewußtsein, daß es sich um eine hochernste Aufgabe handelt, deren Erfüllung eine der dringlichsten Forderungen unserer Zeit darstellt.

Die Enquête soll sich auf ein Jahr (vom 1. Oktober 1920 bis zum 30. September 1921) erstrecken und die ganze Schweiz umfassen. Jeder Arzt erhält eine Anzahl von Formularen mit genauer Anweisung, wie dieselben auszufüllen sind. Es ist eine bescheidene Honorierung (50 Cts. pro Anzeige) vorgesehen, um dem Prinzip Ausdruck zu geben, daß der Arzt auch für die Dienste, die er dem Gemeinwohl leistet, Anrecht auf etwelche Entschädigung hat. Jede weitere Auskunft erteilt bereitwilligst das schweizerische Gesundheitsamt in Bern oder der Vorstand der Gesellschaft (Zürich, Mythenstraße 23).

Es ist ganz zweifellos, daß die Enquête, wenn sie gelingt, ein außerordentlich interessantes und wichtiges sozialhygienisches Material zutage fördern wird. Sie bildet die Grundlage für die zielbewußte, erfolgreiche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in unserem Lande, ohne welche wir diese Bestrebungen für lange Zeit begraben müßten. Die Verantwortung für das Gelingen des großen Unternehmens liegt in den Händen der praktischen Ärzte. Für die ganz überwiegende Mehrzahl unter ihnen bedeutet die Forderung nur einen minimalen Aufwand an Mehrarbeit.

Die Unterzeichneten setzen ihr Vertrauen in die bewährte Einsicht, in den guten Willen der Schweizerärzte. Möge es durch die Tat gerechtfertigt werden.

Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Schweizerische Ärztekommission.
Eidgenössisches Gesundheitsamt.

2. Kreisschreiben an die Ärzte.
(Vom September 1920.)

Die Unterzeichneten haben beschlossen, eine allgemeine schweizerische Enquête über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durchzuführen, welche sich auf den Zeitraum eines Jahres, das heißt vom 1. Oktober 1920 bis zum 30. September 1921 erstrecken soll. Der Zweck dieser Enquête ist, die Anzahl Patienten kennen zu lernen, welche sich während dieser Zeit wegen einer Geschlechtskrankheit in die Behandlung eines Arztes begeben, weil nur auf Grund dieser Kenntnis die ganze Größe der Gefahr, die der Gesundheit und dem Gedeihen unseres Volkes von dieser Seite her droht, ermessen und das Übel an der Wurzel angefaßt werden kann. Dieser Zweck kann nur dann erreicht werden, wenn sich alle Schweizerärzte ohne Ausnahme an der Enquête beteiligen. Diese Beteiligung erachten die Unterzeichneten als eine Ehrenpflicht; sie sind der Überzeugung, daß kein Kollege sich ihr entziehen wird. Sie erhalten in der Beilage eine Anzahl von Anzeigeformularen, die alle nötigen Angaben enthalten. Die ausgefüllten Formulare sind an das eidgenössische Gesundheitsamt in Bern zu adressieren, welches jede gewünschte Auskunft gerne erteilt. Wer keine Geschlechtskranken in Behandlung hat, ist gebeten, monatlich ein leeres Formular einzusenden.

Für strikte Wahrung des ärztlichen Geheimnisses ist gesorgt. Die Einsendung jedes Formulars wird mit 50 Cts. vergütet.

Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Schweizerische Ärztekommission.
Eidgenössisches Gesundheitsamt.

3. Kreisschreiben an die kantonalen Sanitätsbehörden.
(Vom September 1920.)

Wie Ihnen bekannt sein dürfte, deuten alle Anzeichen darauf hin, daß sich die Geschlechtskrankheiten auch in der Schweiz gewaltig vermehrt haben. Es ist hohe Zeit, daß dem Umsichgreifen dieser volksverheerenden Seuchen nicht weiter untätig zugesehen werde, sondern auch bei uns, nachdem die meisten anderen Länder längst vorangegangen sind, Maßnahmen zur Eindämmung der venerischen Krankheiten ergriffen werden. Solche Maßnahmen sind, wenn sie wirksam sein sollen, nur möglich auf Grund der genauen Kenntnis der ganzen Gefahr, die es hier zu bekämpfen gilt. Alles, was bis jetzt durch die Behörden, Ärzte und speziell auch durch die Tätigkeit der seit 1917 bestehenden

schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in dieser Hinsicht geschehen ist, hat keinen durchschlagenden Erfolg verzeichnen können, vor allem deshalb, weil die Grundlage für jedes Vorgehen, nämlich die Kenntnis der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, ihrer Quellen, sowie ihrer Verteilung in den verschiedenen Bevölkerungsschichten und Kantonen der Schweiz, fehlt.

Auf die Initiative der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hin haben die Unterzeichneten beschlossen, einen Versuch zur Ausfüllung dieser Lücke zu unternehmen. Es soll unter Mitwirkung sämtlicher Schweizerärzte vom 1. Oktober 1920 bis zum 30. September 1921 eine allgemeine schweizerische Enquête über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ins Werk gesetzt werden. Bezüglich aller Details bei der Durchfühiung dieser Enquête verweisen wir Sie auf beiliegende, für die Ärzte bestimmten Zirkulare.

In der Überzeugung, daß diese Enquête ein Unternehmen von größter volkshygienischer Wichtigkeit darstellt, das für Gemeinden, Kantone und Bund Interesse bietet und geeignet ist, einem der größten Übel, das an der Wurzel unserer Volksgesundheit nagt, zu Leibe zu rücken, richten wir an Sie die Bitte, unsern Plan durch die Aufforderung an die Ärzte Ihres Kantons zur Mitarbeiterschaft an der Enquête (Ausfüllung der Anzeigeformulare) tatkräftig zu unterstützen.

Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Schweizerische Ärztekommission.
Eidgenössisches Gesundheitsamt.

4. Kreisschreiben an die Vorstände der kantonalen Ärzteschaften.
(Vom September 1920.)

Unter Bezugnahme auf vorstehende Aufrufe und Zirkulare und mit Rücksicht auf die große Bedeutung einer allgemeinen Enquête über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz für den Ärztestand und für die ganze Bevölkerung, unterbreiten die Unterzeichneten hiermit die Bitte, Sie möchten bei den Mitgliedern Ihrer Gesellschaft dahin wirken, daß sie sich an der Enquête beteiligen.

Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Schweizerische Ärztekommission.
Eidgenössisches Gesundheitsamt.

Tagesgeschichte.

Behördliche Verordnungen gegen Kurpfuscherei.

Bayern.

Die Polizeidirektion München gibt in betreff der Ankündigung von Heilmitteln und Heilverfahren folgendes bekannt: Es besteht Anlaß, darauf hinzuweisen, daß allen Personen, welche nicht approbiert sind, das öffentliche Ankündigen und Anpreisen solcher Arzeneien, Verfahren, Apparate oder anderer Gegenstände, die zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen bestimmt sind, ferner von Nähr- und Kräftigungsmitteln und Mitteln zur Beeinflussung der menschlichen Körperformen (fettansetzende oder entfettende Mittel, Busenmittel usw.) verboten ist. Zuwiderhandlungen sind mit Gefängnis bis zu einem Jahre, beim Vorliegen mildernder Umstände mit Haft oder Geldstrafe bis zu 1500 Mark bedroht. Wer zu einer solchen Zuwiderhandlung mit Rat oder Tat Hilfe leistet, ist wegen Beihilfe zu bestrafen. Als Gehilfen kommen insbesondere die Redaktionen der öffentlichen Blätter in Betracht, welche fragliche Ankündigungen oder Anpreisungen aufnehmen.

Hessen.

Von Ärzten wird erneut darüber geklagt, daß Apotheker und Drogisten Mittel zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten ohne schriftliche Verordnung eines Arztes lediglich auf Verlangen der Kranken abgeben, und zwar nicht bloß in Form von Einspritzungen zur Behandlung von Tripper, sondern auch Quecksilberpräparate zur Behandlung der Syphilis. Die Abgabe solcher Mittel ohne ärztliche Verordnung verstößt nicht nur gegen die Betriebsordnung der Apotheker oder die Kaiserl. Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken, sondern sie gefährdet auch das Volkswohl. Denn die Geschlechtskrankheiten erfordern zu ihrer erfolgreichen Behandlung fortlaufende ärztliche Überwachung. Durch unzulängliche Behandlung wird der Kranke auf das schwerste geschädigt und der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten Tür und Tor geöffnet.

Die Geschlechtskrankheiten haben im Verlauf des Krieges außerordentlich zugenommen und Volkskreise und Landesteile ergriffen, die vorher nicht oder nur wenig von ihnen befallen waren. Der weiteren Ausbreitung muß mit allen Mitteln entgegengearbeitet werden und deshalb ist jede unbefugte und unzulängliche Behandlung von Geschlechtskrankheiten möglichst zu verhindern. Wir machen die Herren Apo-

theker auf die genaue Befolgung der einschlägigen Vorschriften in der Betriebsordnung für die Apotheken aufmerksam. Den Kreisärzten empfehlen wir, die praktischen Ärzte, insbesondere die Fachärzte für Geschlechtskrankheiten, zu ersuchen, ihnen jede bekanntwerdende unbefugte Abgabe von Mitteln zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Apotheker und Drogisten mitzuteilen, damit sie gerichtlich verfolgt werden kann. Über jedes derartige gerichtliche Verfahren ist uns zu berichten.

Sachsen-Weimar.

Eine sachsen-weimarische Ministerialverordnung verbietet Leuten ohne staatliche Approbation die gewerbsmäßige Behandlung von Geschlechtskrankheiten und -leiden, desgl. auch die Ankündigung solcher Behandlung sowie diese betreffender Druckschriften durch Anzeigen in den Zeitungen sowie Rundschreiben.

Rheinland.

Der Oberpräsident der Rheinprovinz hat an alle Apotheken eine Erinnerung erlassen, daß nach § 37 der Apothekenbetriebsordnung vom 18. 2. 1902 eine Abgabe von Mitteln gegen Geschlechtskrankheiten ohne ärztliche Verordnung, ja ohne Aufsuchen des Arztes durch den Patienten als Ausübung der Heilkunde aufzufassen und daher verboten ist. Durch einen falschen Rat macht sich der Betreffende überdies auch zivilrechtlich haftbar und setzt sich unter Umständen unangenehmen Folgen aus, wenn die Erkrankung einen unvorhergesehenen Verlauf nimmt.

Württemberg.

Das Württembergische Ministerium des Innern hat den Personen, welche sich gewerbsmäßig mit der Behandlung von Krankheiten und Körperschäden an Menschen befassen, ohne die staatliche Approbation zu besitzen, verboten: 1. Eine Behandlung, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmungen an dem zu Behandelnden erfolgt (Fernbehandlung); 2. die Behandlung mittels mystischer Verfahren; 3. die Behandlung gemeingefährlicher, sowie sonstiger übertragbarer Krankheiten (Pocken, Flecktyphus, Cholera usw.); 4. die Behandlung aller Geschlechtskrankheiten, sowie Frauenkrankheiten, auch die innere Massage der weiblichen Unterleibsorgane; 5. die Behandlung von Krebskrankheiten; 6. die Behandlung mittels Hypnose; 7. die Behandlung unter Anwendung von Betäubungsmitteln mit Ausnahme solcher, die nicht über den Ort der Verwendung hinaus wirken; 8. die Behandlung unter Anwendung von Einspritzungen unter die Haut oder in die Blutbahn.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im besetzten Gebiete.

Amerikanische Zone.

Der kommandierende General der amerikanischen Streitkräfte in Deutschland, Herr General Allen, hat in einem Briefe an Herrn Dr. O. Salomon-Coblenz die Richtlinien festgelegt, die die amerikanische Besatzungsarmee im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten aufgestellt hat. Diese Richtlinien sind folgende:

1. Maßnahmen, um die Zahl der Ansteckungsgelegenheiten zu verringern:

a) Sittlichkeitspatrouillen und Gerichtshöfe für Landstreicherei: Frauen, die auf der Straße oder in Cafés wegen auffälligen, animierenden Benehmens aufgegriffen werden oder solche, von denen uns unsere Kranken freiwillig mitteilen, daß jene krank sind, werden vor Gericht gebracht und ausgewiesen, oder bestraft, sie werden der Untersuchung zugeführt und, wenn krankbefunden, zwangsweise ins Krankenhaus überführt und dort behandelt, bis sie gesund oder nicht mehr ansteckend sind.

b) Erziehung: erzieherische Arbeit, einschl. Lektüre, Kino, Plakate, Schriften usw. Jeder Soldat erhält eine belehrende Lektüre von der Kompagnie; der Sanitätsoffizier hält Vorträge über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und die Methode ihrer Verhütung.

c) Harmlose Vergnügungen: gesunde Vergnügungen für die Leute: Y. M. C. A. (Young man christian association), Aufführungen, Sport usw.

d) Alkoholbeschränkung: Einschränkungen der Stunden, an denen Alkohol ausgeschenkt werden darf. Gestattet ist nur die Verabfolgung von Bier und leichten Weinen, und auch diese nur in den Stunden von 12—1 Uhr mittags und von 5—9,30 Uhr nachmittags.

e) Urlaubseinschränkung: Befehl, den Nachturlaub auf das Mindestmaß einzuschränken und für Städte im besetzten Gebiet, die keine Garnison haben, nur Tagesurlaub zu erteilen.

f) Gesundheitsbesichtigung: Diese Untersuchungen werden wöchentlich von einem Sanitätsoffizier abgehalten, und kein Mann darf dabei fehlen.

g) Lazarettbehandlung: Jeder Geschlechtskranke, einschl. Offiziere, wird dem Lazarett überwiesen und nicht entlassen, bevor er geheilt oder nicht mehr ansteckend ist. Fälle von Syphilis werden besonders registriert für eine Periode von 2 Jahren oder mehr, oder bis sie geheilt sind, und jeder Syphiliskranke ist verpflichtet, sich weiter behandeln zu lassen.

2. Maßnahmen, um die Ansteckung zu verhüten, wenn ein Verkehr stattgefunden hat:

a) Prophylaxisstation und -päckchen: Allen Soldaten, die Urlaub haben, werden solche Päckchen gegeben mit Gebrauchsanweisung und dem Bemerken, daß sie trotzdem noch dazu die Prophylaxisstation aufsuchen müssen. Sollten diese Prophylaxispäckchen sich bewähren, so sollen sie noch mehr allgemein gebraucht werden.

b) Ein Soldat, der geschlechtskrank wird, wird bestraft, weil er es verabsäumt hat, die Prophylaxis zu nehmen. Es besteht auch ein Befehl, welcher Bestrafung dafür verlangt, daß der Mann sich angesteckt hat, aber es sind schon Anweisungen gegeben worden, diesen Befehl zurückzuziehen.

c) Es ist Befehl, daß alle Leute, die nachts heimkommen, die Prophylaxisstation passieren müssen.

d) Es ist Befehl, daß alle Leute, die betrunken sind und so angetroffen werden, die Prophylaxis nehmen müssen.

e) Es ist Befehl, daß alle Leute, die Urlaub haben, zur Prophylaxisstation gehen müssen, um sich Instruktion geben zu lassen, und bei der Rückkehr zur Untersuchung müssen. Ein Soldat, der auf Urlaub geht, erhält ein Prophylaxispäckchen mit Gebrauchsanweisung.

Dagegen erscheint es nicht angängig, die Behandlung von Offizieren und Mannschaften durch Privatärzte, die Spezialisten sind, zu erlauben. Der Befehl verlangt die Lazarettbehandlung von allen Fällen von Geschlechtskrankheiten, weil dort eine genaue Registrierung erfolgen kann, geeignete Behandlung möglich ist und Isolierung. Die Heirat von Mannschaften wird, abgesehen von außergewöhnlichen Fällen, nicht gern gesehen. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen kann ein Mann mit einer von ihm abhängigen Frau vom Militär nicht angenommen werden, ohne eine besondere Erlaubnis durch den Generaladjutanten der Armee zu haben. Bevor die Heirat eines Mannes mit einer Fremden gestattet werden kann, muß er die besondere Erlaubnis seines vorgesetzten Offiziers haben, der sich über den Charakter der Frau genau informieren muß, bevor er diese Erlaubnis erteilt.

Die öffentliche Meinung in den Vereinigten Staaten erlaubt nicht den Gebrauch von Bordells für die Truppen.

Das Verbot der Kurpfuscherei ist eine Frage der deutschen Zivilbehörden. Deutschland hat solch ein Gesetz, das aber von der Regierung nicht genügend scharf angewandt wird. Die Gefahr dieser Praktik für die Zivilbevölkerung wird voll gewürdigt, aber sie betrifft die Truppen nur entfernt, da es für sie unmöglich ist, zu verheimlichen, wenn sie geschlechtskrank sind, und sie alle den Befehl haben, ihre Behandlung im Lazarett zu erhalten.

Man schreibt uns ferner aus Koblenz:

Jeder selbständige Truppenteil hat seine Prophylaxisstation direkt bei der Kaserne, und außerdem sind in der Stadt noch solche mit grünen Laternen, die von jedem Soldaten besucht werden können und Tag und Nacht geöffnet sind. Die Prophylaxis besteht in Waschungen der Geschlechtsteile mit flüssiger Seife, darauf mit Sublimatlösung und Einträufeln von Protargollösung in die Harnröhre. Man nimmt an, daß die Hälfte der Leute, die außerehelich verkehren, diese Stationen benutzen. Von jedem Besucher wird ein Zettel angelegt und dem Lazarett zugeschickt, damit nachgewiesen werden kann, welche Erkrankten und im Lazarett Aufgenommenen vorher Prophylaxis durchgemacht haben. Jeder geschlechtskranke Soldat muß in das Lazarett aufgenommen werden und erhält während dieser Zeit keinerlei Löhnung, auch dann nicht, wenn er vorher Prophylaxis genommen hat; sollte er aber ohne diese Prophylaxe erkrankt sein, so erhält er außerdem nach der Entlassung aus dem Lazarett zur Strafe einen Monat lang nur $^1/_3$ der Löhnung. Man muß zugeben, daß die Amerikaner sich alle Mühe geben, ihre Leute zu heilen und den Gesundheitszustand zu heben, und daß sie auch wohl vor strengsten Maßnahmen bei ihren eigenen Leuten nicht zurückschrecken um dieses Ziel zu erreichen, sie haben eine großzügige Organisation geschaffen, die es ermöglicht, viel zuverlässiger als es in unserer Armee zutraf, die notwendigen intermittierenden Kuren ambulant zu machen.



Alle 8 Tage findet bei der Truppe Gesundheitsbesichtigung statt, und zwar unvermutet, etwa auf dem Marsche bei einer Ruhepause, so daß keiner sich drücken kann. — Auch die Leiter des Bureaus für Zivil-Affären (Gesundheitspflege und öffentliches Wohl) haben sich durch die Einrichtung der Zwangsheilanstalt Bendorf und die strenge Kontrolle der vagabundierenden Dirnen zweifellos große Verdienste um den Gesundheitszustand der Bevölkerung erworben. Die amerikanische Besatzungsbehörde gibt Nachstehendes bekannt:

Hauptquartier der amerikanischen
Streitkräfte in Deutschland. Koblenz, 16. April 1921.

Obere Polizeigerichte.

Die Bekanntmachung in Zivilangelegenheiten Nr. 34 vom 15. Oktober 1919 wird aufgehoben und wie folgt ersetzt:

1. Die oberen Polizeigerichte der amerikanischen Streitkräfte in Deutschland üben ihre Gerichtsbarkeit gegen Frauenspersonen die sich umhertreiben, weiter aus.

2. Unter einer Frauensperson, die sich umhertreibt, ist im Sinne dieser Verordnung zu verstehen:

a) jede Frauensperson, deren gewöhnlicher Aufenthaltsort außerhalb der amerikanisch besetzten Zone liegt, und die sich dort ohne nachweisbare Mittel für den Unterhalt aufhält;

b) jede Frauensperson, die unerlaubten Geschlechtsverkehr mit einer Person sucht oder unterhält, die im Dienste der Vereinigten Staaten oder einer assoziierten Regierung steht.

3. Jede des Umhertreibens überführte Frauensperson wird

a) mit einer nicht genau bestimmten Gefängnisstrafe bestraft, die nicht weniger als 2 Monate und nicht mehr als 6 Monate beträgt:

b) sofort nach überführter Tat durch einen Arzt untersucht, der von dem Sanitätsoffizier der Dienststelle für Zivilangelegenheiten der amerikanischen Streitkräfte in Deutschland bezeichnet wird, und wird, wenn eine Geschlechtskrankheit bei ihr festgestellt wird, zur Behandlung in ein Krankenhaus eingeliefert, bis sie von diesem Krankenhaus mit Genehmigung des genannten Sanitätsoffiziers entlassen wird. Die Zeit der Unterbringung wird auf die im Urteil ausgesprochene Gefängnisstrafe angerechnet.

4. Frauenspersonen, die sich umhertreiben, können auf Anordnung des Gerichts aus dem Gefängnis entlassen werden, und zwar zu der Zeit und unter den Bedingungen, die das Gericht vorschreibt. Jedoch darf keine Frauensperson, die sich in einem Krankenhaus wegen Geschlechtskrankheit in Behandlung befindet, auf diese Weise entlassen werden. Eine Frauensperson, deren gewöhnlicher Aufenthaltsort außerhalb der amerikanisch besetzten Zone liegt, kann aus der amerikanischen Zone ausgewiesen und das die Gefängnisstrafe verhängende Urteil für die Zeit ihrer Abwesenheit aus diesem Gebiet aufgeschoben werden. Das Gericht kann im Urteil oder jederzeit nachher empfehlen, daß eine Frauensperson, die des Umhertreibens schuldig befunden wurde, gemäß Artikel 2 der Verordnung Nr. 83 und Artikel 10 der Verordnung 3 der Interalliierten Rheinlandkommission aus den besetzten Gebieten ausgewiesen wird und kann ferner anordnen, daß ein Urteil, welches gegen eine ausgewiesene sich umhertreibende Frauensperson eine Gefängnisstrafe verhängt, für die Zeit aufgeschoben wird, in welcher sich diese umhertreibende Frauensperson außerhalb der besetzten Gebiete aufhält.

5. Ein gerichtlicher Urteilsspruch kann erst ausgeführt werden, wenn er von der Behörde genehmigt ist, die das Gericht eingesetzt hat.

6. Die Aufhebung der Bekanntmachung in Zivilangelegenheiten Nr. 34 berührt kein auf Grund dieser Bekanntmachung schwebendes oder bereits erledigtes Verfahren.



Über die „Night Courts“ in New York.

Frau Bodin berichtet im „Bulletin abolitionniste“, Nr. 197, p. 24 über Beobachtungen, die sie während eines Aufenthaltes in den Vereinigten Staaten machen konnte.

Die Regelung des Prostitutionswesens in den großen Städten der Weststaaten übertrifft an Brauchbarkeit die der europäischen Großstädte durch gegen den Strich ergriffene Maßnahmen.

„Es sind Erziehungshäuser für junge Prostituierte vom Staat ins Leben gerufen, wie Bedford Hills Reformatory bei New York. Das Jugendgericht arbeitet so segensbringend wie sonst nirgendwo, es gibt keine Reglementierung mit ihrem Kontrollkartensystem für Frauen, durch welches diese Unglücklichen wie eine Schafherde gezählt werden, die Kuppler und ganz besonders die Mädchenhändler werden mit der vollen Härte des Gesetzes gefaßt; bei aller scheinbaren Gleichheit der sexuellen Moral bleibt aber auch dort ein ungeheurer Unterschied der Geschlechter bestehen, der besonders bei dem Sondergericht des „Night Court“ zutage tritt.

Wenn der Fremde in New York die Hauptstraße durchquert und das Gebaren der Bewohner der Fifth Avenue oder des Broadway angestaunt hat, in den Gerichtshof eintritt und einer dieser merkwürdigen Sitzungen beiwohnt, fragt er sich, wie es möglich ist, daß die Amerikaner, die doch einen solchen Abscheu vor der Reglementierung der Prostitution immer wieder betonen, eine Organisation dulden können, die in gewissem Sinne dort an diese erinnert.

Die „Night Courts“, mitten im Zentrum der Stadt gelegen, machen es möglich, Frauen gleich nach ihrer Vorführung abzuurteilen, sofern sie auf der Straße unter dem Verdacht der gewerblichen Unzucht aufgegriffen wurden. Die Beamten halten ununterbrochen von 10 Uhr abends bis 5 Uhr morgens Sitzungen ab. Die Angeklagten werden durch Polizeiagenten vorgeführt; zunächst werden sie ärztlich untersucht, dann kommen sie alsbald vor den Gerichtshof. Nacht für Nacht ereignen sich dieselben Szenen. Die Agenten sind die Ankläger, die Frauen, meist sehr jung, erklären sich insgesamt für unschuldig. Das gegen sie gefällte Urteil nehmen sie teils mit einer gewissen Gleichgültigkeit auf, teils lehnen sie sich dagegen heftig auf. Manche unter ihnen — Alkoholikerinnen oder Hysterische — verfallen in Nervenkrisen oder täuschen sie vor.

Den Richtern gegenüber auf den Bänken der zwei oder drei ersten Reihen sitzen die Verteidiger der Angeklagten, hinter ihnen bis ans Ende des Saales befindet sich ein sehr gemischtes Publikum: Individuen von meistenteils sehr zweifelhaftem Äußeren — zweifelsohne die Komplizen der Angeklagten, die dasselbe unmoralische Leben führen; bedauernswerte Eltern, die ihre Töchter zurückholen wollen; der eine oder der andere Ehemann, der seine Frau sucht; Leute, auf die der Gerichtshof eine ungesunde Anziehungskraft ausübt; Zuhälter, die eigentlich abgeurteilt werden sollten, und endlich Mädchenhändler, welche ihre Opfer in Augenschein nehmen oder anwerben wollen.

Nach dem Bericht des Polizeiagenten verkündet der Richter sein Urteil; leider spielt, da das Urteil die Freilassung unter Kaution gestattet, das Geld hierbei eine unmoralische Rolle. Oft, sofern die Frau nicht alt oder zu heruntergekommen ist, erbietet sich der eine oder der andere unter den Anwesenden, die geforderte Summe zu zahlen: Mitunter ist es der Anwalt, welcher die geforderte Summe entrichtet, manchmal der Zuhälter oder der Mädchenhändler, der durch diesen Vorschuß ein gutes Geschäft zu machen hofft. Es erübrigt sich, auszuführen, daß in dem einen und dem anderen Falle die Beweggründe niedriger Art sind, und man wird, ohne in Einzelheiten eingehen zu müssen, verstehen, zu welchem schändlichen Handel dieses System führt.

Aber es gibt auch beim „Night Court" eine interessante Einrichtung, die der „Probation officers". — Damen, die diesem Gerichtshof offiziell zugeteilt sind, um Enqueten über die festgenommenen Frauen zu veranstalten, so daß dem Richter die Aufgabe erleichtert wird, wenn ihm die Schuldigen zum erstenmal vorgeführt werden. Die Gegenwart dieser Damen mildert etwas den doch recht unerquicklichen Eindruck des ganzen Verfahrens. So weit ich beurteilen kann, sind es Frauen, die sich ihrem Beruf aufopfernd hingeben, und an ihrer Spitze steht eine angesehene Oberin.

Man kann bei diesem Gerichtshof dieselbe Parteilichkeit feststellen, wie sie einer Prostituierten gegenüber überall statthat, und ebenso wie bei uns kann man den Anwalt fragen hören: „Wo bleibt der Mann?" Zahlreiche Frauen, welche vorgeführt werden, sind angeklagt, die Prostitution in Autodroschken, Absteigequartieren auszuüben, und der Eid des Polizeibeamten genügt zu ihrer Verurteilung.

Aber man muß zugeben, es besteht doch immer ein großer Unterschied zwischen einem durch einen derartigen, wenn auch nicht vollkommenen Gerichtshof gefällten Urteilsspruch und dem, der auf der Polizei durch einen Sittenpolizeibeamten ohne Anhörung des anderen Teils und ohne Garantie für Innehaltung der Gesetze gefällt wird. Nichtsdestoweniger besteht, trotz der Unparteilichkeit des Richters, wenn die befugten Behörden nicht sehr vorsichtig in der Wahl der Polizeibeamten waren, eine große Gefahr, auf den Weg zu kommen, welcher zu den Mißbräuchen der Reglementierung führt.

In anderen Städten, z. B. in Chicago, ergreift man, da eine Staatskontrolle nicht vorhanden ist, gegen die Prostituierten sehr strenge Maßnahmen, und die Amerikaner lassen es zu, daß die in Kalifornien und in gewissen Südstaaten gegen die Prostituierten angewandten Gesetze den alten Reglementierungsgesetzen verdammt ähnlich sehen. Es gibt dort zahlreiche Bordelle und der Mädchenhandel blüht. G. Ln.

Referate.

Claasen, W., Die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin 1892—1910. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. 10. Jahrg. H. 4.

Lenz hat im Jahre 1910 aus dem Verhältnis der Zahl der Syphiliserkrankungen und der Zahl von Paralysen nach 15 Jahren, welches er mit $3^0/_0$ als feststehend annimmt, gefolgert, daß in Berlin $90^0/_0$ der erwachsenen Männer Aussicht haben, sich mit Syphilis zu infizieren. Claasen kommt zu wesentlich niedrigeren Resultaten; er benutzt zu seinen Berechnungen die Statistik der Erkrankungsfälle der Mitglieder des Berliner Gewerkskrankenvereins, der etwa $22^0/_0$ aller Berliner Arbeiter umfaßt. Von 1906—1910 erkrankten jährlich $2^1/_4{}^0/_0$. Rechnet man die Zeitdauer der Krankenkassenzugehörigkeit auf 20—30 Jahre, so würden 45—$68^0/_0$ infiziert werden. Da aber eine Reihe von Patienten sich einer mehrfachen Behandlung unterzieht, so kann man für jeden Syphilitiker im Durchschnitt eine doppelte Behandlung annehmen und kommt dann auf $22^1/_2$—$34^0/_0$. Die für die Frauen aus dem Krankenkassenmaterial zu gewinnenden Zahlen sind kaum verwertbar, da diese in den meisten Fällen nur in einem geschlechtlicher Erkrankung besonders ausgesetzten Alter Kassenmitglieder sind. Immerhin ist seit 1894 eine deutliche Zunahme der weiblichen Geschlechtskrankheiten eingetreten; 1910 erkrankten Frauen beinahe halb so häufig an Geschlechtskrankheiten wie Männer, speziell an Syphilis sogar $^2/_3$ so häufig, auf Grund der obenerwähnten Einschränkungen sind diese Zahlen aber zu hoch, so daß vielleicht die weiblichen Infektionen nur $^1/_4$ der männlichen betragen. In demselben Heft findet sich eine Kritik der Claasenschen Resultate von Lenz, in welcher er die Richtigkeit seiner Zahlen verteidigt. W. F.

Weinberg, W., Zur Frage der Häufigkeit der Syphilis in der Großstadt. Mit einem Anhang: Konstruktion von Paralysemorbiditätstafeln der Syphilitischen. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. 11. Jahrg. H. 2 u. 5.

Dieser Inhalt der Weinbergschen Artikel bildet eine kritische Bewertung der Lenz- und Claasenschen Berechnungen über die Häufigkeit der Syphilis in Berlin. Die alten Zahlen von Blaschko, nach denen $10^0/_0$ der erwachsenen Männer Aussicht haben im Laufe ihres Lebens syphilitisch zu werden, beruhen auf einer falschen Berechnung und sind viel zu niedrig. Lenz ging von der Voraussetzung aus, daß $3^0/_0$ aller Luetiker paralytisch werden, ferner faßte er fehlerhafterweise jeden angezeigten Fall als neues Individuum auf. Wein-

berg entnimmt aus der Mattauschek-Pilczschen Statistik, daß die Paralyse mindestens bei 7% der Erkrankten auftritt, dann stellt sich das Minimum des männlichen Syphilisrisikos auf 33—50%. Unter Benutzung der Kopenhagener Statistik kommt W. auf direktem Wege zu einem Mittelwert von 39%. Auch wenn man die Claasenschen Werte einigen notwendigen Korrekturen unterwirft, ergeben sich nur 40—50%. Die Lenzschen 90% sind demnach infolge der ungünstigen Voraussetzungen zu hoch. Die statistischen Berechnungsmethoden des Verfassers müssen im Original nachgelesen werden. Auch zu dieser Arbeit nimmt Lenz das Wort; er erkennt an, daß seine Zahlen nicht erwiesen seien, hält sie aber auch nicht widerlegt und fordert neue, sichere Erhebungen und eine diskrete Meldepflicht der Ärzte für die Syphilis. W. F.

Blaschko, A., Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in England. Deutsche med. Wochenschr. 1919. Nr. 2.

Die vom englischen Parlament 1913 eingesetzte Kommission zum Studium der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in England hat das Ergebnis ihrer Untersuchungen und ihre Vorschläge in einen vierbändigen Bericht zusammengestellt. Es wird angenommen, daß etwa 10% der Londoner männlichen Bevölkerung syphilitisch ist; Großstädte sind wie überall stärker verseucht wie das Land. 8% der Syphilitiker wurden paralytisch. Die schädigende Einwirkung der Lues auf die Nachkommenschaft ergibt sich aus einer Londoner Statistik, nach der auf 1000 Schwangerschaften in Syphilitikerfamilien nur 40% gesunde Kinder kommen gegen 80% in anderen Familien. 55—58% der Insassen von Blindenanstalten verdanken ihr Leiden der Syphilis und Gonorrhoe.

Sehr mangelhaft ist in England die Fürsorge für Geschlechtskranke, es fehlen Betten, die meisten Krankenhäuser nehmen Venerische nicht auf. Ebenso versagt die ambulante Behandlung; Spezialärzte für Kassenmitglieder gibt es nicht, im englischen Versicherungsgesetz fallen überdies die Geschlechtskrankheiten unter die selbstverschuldeten Leiden, bei denen zwar ärztliche Hilfe geleistet, aber Zahlung von Krankengeld verweigert wird. Auch die Kommission hat hauptsächlich mit Rücksicht auf die öffentliche Meinung den Fortfall dieser Beschränkungen nicht verlangt; sehr richtig sagt Blaschko, daß unter diesen Umständen alle Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in England Stückwerk bleiben müssen. Gefordert wird die Einrichtung von Untersuchungsämtern und Ambulatorien, Bereitstellung von Betten, auch den Geschlechtskranken sollen alle Hilfsmittel der modernen Therapie zugute kommen. Daher ist auch eine bessere Ausbildung der Ärzte nötig (Zwangskurse, Prüfung im Examen). Der Arzt soll berechtigt sein, an andere diskrete Mitteilungen zu machen, um Infektionen, speziell bei Verlobten zu verhüten; das Bestehen einer ansteckenden Geschlechtskrankheit soll als Grund für die Nichtigkeitserklärung einer Ehe gelten. Hervorzuheben wäre schließlich noch die Ablehnung einer allgemeinen Anzeigepflicht und die Einfügung der Sexualpädagogik in den Schulen,

Fortbildungsschulen, Fabriken usw. Unter dem Druck des Krieges hat die englische Regierung bereits den größten Teil dieser Forderungen praktisch durchgeführt. W. F.

Rumpf, Th., **Die Erhaltung der geistigen Gesundheit.** A. Marcus u. E. Webers Verlag, Bonn 1919.

Die Schrift bietet mehr als der Titel verspricht, sie beschäftigt sich noch darüber hinausgehend mit der Entwickelung der geistigen Fähigkeiten, der Erziehung im allgemeinen und insbesondere der zum nützlichen Staatsbürger. Unter Zugrundelegung der neueren Forschungen über die Lehre von den Gehirnprovinzen wird die Entwickelung des Gedächtnisses und des Bewußtseins verfolgt, von denen Ausführungen und Handlungen des Menschen (Bewegung und Wille) in positiver und negativer Richtung abhängig sind, wobei die Anschauung, daß es einen freien Willen überhaupt nicht gibt, zurückgewiesen wird. Die Mittel zum Schutze der geistigen Gesundheit sucht Verf., da das geistige Leben des Menschen sich unter dem Einfluß äußerer Sinneseindrücke und innerer Erregungsvorgänge vollzieht, und nur ein Übermaß dieser die geistige Gesundheit schädigt, zunächst in dem Fernhalten organischer Störungen; hier ist Gelegenheit, ausführlich und eindringlich auf die Verbreitung und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten speziell für das Nervensystem hinzuweisen und die rationelle Bekämpfung der Syphilis mit allen Mitteln der modernen Prophylaxe unter Überwindung der noch vielfach entgegenstehenden Bedenken ethischer Anschauungen zu fordern. Eine große Rolle spielt die Erziehung der Jugend in Schule und Haus; erstere macht den Fehler, dem Anhäufen von Wissen einen zu großen Wert gegenüber der Ausbildung des Charakters und des Willens beizumessen, stärkere Inanspruchnahme der körperlichen Betätigung soll dem zu frühen Auftreten des Geschlechtstriebes entgegenwirken. Von Bedeutung sind die Einflüsse der Mitschüler, ebenso auch der Wärterinnen und Dienstboten und die Gefahren der großen Städte für die von den Eltern vernachlässigte Jugend. Zu der Frage, ob Menschen mit unerfreulichen Anlagen zu isolieren oder von der Fortpflanzung auszuschließen sein sollen, wird die Beibringung eines Gesundheitszeugnisses vor der Eheschließung empfohlen und auf den amerikanischen Vorschlag, Verbrecher und Geisteskranke durch Behandlung mit Röntgenstrahlen zu sterilisieren, hingewiesen. Die Worte, die der Erziehung zum Staatsbürger gewidmet werden, sind nach verschiedener Richtung beachtenswert, wenn auch etwas abseits des Themas liegend. Täglich machen sich die Einwirkungen des Lebens auf den Menschen bemerkbar, von großer Gefahr sind die Massensuggestionen, deren Bekämpfung gerade in Deutschland mit seiner so vielseitigen geistigen Beeinflussung nicht ganz leicht ist. Ohne daß der Idealismus zu leiden braucht, müßten wir uns etwas mehr von der Märchenwelt der Kindheit freimachen und Wirklichkeitsmenschen werden. Die Stählung des Willens geschieht durch Erziehung zur Pflichterfüllung, zur Lebensfreude und Schickung in den Tod.

Den Inhalt seiner Schrift faßt Verf. zum Schluß in Lebensregeln

zusammen, hebt die dem Staat und den Gemeinden zur Erhaltung der geistigen Gesundheit zufallenden Aufgaben hervor (Ernährungs- und Wohnungsfragen, Bekämpfung der Trunksucht, Entfernung des Dirnenwesens aus den Straßen und Familien) und betont besonders die Gefahr der Verseuchung durch schlechte Bücher, Bilder und eine schlechte Presse. Ernst Levin (Berlin.

Schmölder, R., Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmäßigen Unzucht. Entwickelung und Kritik des bestehenden Zustandes. Vorschläge zu einer Neuordnung. Schriften des Vereins Recht und Wirtschaft. 2. Auflage.

Schmölder ist seit langem als zielbewußter Bekämpfer der Prostituierten-Reglementierung bekannt; seine Berechtigung in dieser Frage mitzusprechen zeigt sich jedoch in wohltuendem Gegensatze zu vielen anderen darin, daß er sich nicht wie diese darauf beschränkt, mit Schlagworten die Reglementierung totzuschlagen, sondern mit den gegebenen Verhältnissen rechnet und nach neuen, der heutigen Zeit besser entsprechenden Schutzmitteln sucht. Er gibt zunächst einen Überblick über die zu dem heut bestehenden Zustande führende Entwickelung, die Einführung der Reglementierung durch das Allg. Preußische Landrecht von 1784, die einen Verstoß gegen das Gesetz darstellende Entlehnung der Zwangsreglementierung aus dem französischen Recht, den Umstand, daß wie zur Bestrafung so auch zur Reglementierung nur ein kleiner Teil herausgegriffen werden kann und nach dem Preußischen Strafgesetzbuch von 1881 jegliche Kuppelei verboten ist, alles Momente, durch die die ausführenden Beamten in dauernde Konflikte geraten und eine allgemeine Rechtsunsicherheit geschaffen wird, die durch das, eine Neuordnung auf dem Verwaltungswege versuchende Reskript vom Dezember 1907 nur noch gesteigert wurde. Daraus folgert er, daß die Neuordnung mit einer Novelle zum Strafgesetzbuch beginnen muß, wobei er eine völlige Aufhebung des § 361 VI ablehnt.

Für eine Abänderung des Strafgesetzbuches stellt er 3 Forderungen auf: 1. Bestrafung gewerbsmäßige Unzucht treibender Frauen, wenn sie ihr Gewerbe in Ärgernis erregender Weise offen zur Schau tragen oder bei bestehender Geschlechtskrankheit sich keiner genügenden ärztlichen Behandlung unterziehen. 2. Zusatz zu dem Kuppeleiparagraphen, daß dessen Vorschrift keine Anwendung findet auf das Zurverfügungstellen einer Wohnung, wenn die Polizei die Genehmigung erteilt hat und ihre Vorschriften beobachtet sind. 3. Einfügung des auch sonst schon bekannten, sich auch gegen die Männer richtenden Gefährdungsparagraphen. Seine beiden ersten Vorschläge beruhen auf der Erwägung, daß die Bestrafung der gewerbsmäßigen Unzucht an sich fortfallen und sich auf sogenannte Qualifikationsfälle beschränken müsse, daß jedoch der von dem Vorentwurf zum Strafgesetzbuch vorgeschlagene Weg, der der Polizei weitgehende Befugnisse verleihe und im Grunde die Reglementierung bestehen lasse, unzweckmäßig sei, weil man gegen die heutigen Tages ins Ungemessene angewachsene Prostitution damit nicht weiter komme. Vielmehr muß bei dem Hilfsgewerbe, der Kuppelei, ein-

gesetzt werden und eine restlose Erfassung der Wohnungen stattfinden, wodurch gleichzeitig jede Ausbeutung der Prostituierten verhindert werden könne. Die Wohnungen könnten so gewählt werden, daß sich keine Mißstände ergeben, in ihnen könnten Belehrungs- und Warnungstafeln, Waschgelegenheiten, Präservativautomaten angebracht werden, gelegentlich diskrete Untersuchungen durch Polizeiärzte, auch der anwesenden Männer stattfinden, wofür der Gefährdungsparagraph von Wert wäre.

Wenn Verf. der Reglementierung zum Vorwurf macht, daß sie zur Steigerung des Verkehrs und größerer Wahrscheinlichkeit der Erkrankung und deren Weiterverbreitung führt, und daß man deshalb auch vom gesundheitlichen Standpunkt aus darauf bedacht sein muß, geschlechtlich Entgleiste nicht gleich in den tiefsten Abgrund sinken zu lassen, so übersieht er, daß die Zwangsreglementierung erst dann eintritt, wenn diese Personen zu denen gehören, die, wie er sich ausdrückt, schon die ganze Stadt hat, und eine gerichtliche Bestrafung wegen gewerbsmäßiger Unzucht vorliegt, und daß gerade diese jugendlichen Personen die Trägerinnen der schwersten ansteckenden Formen der Geschlechtskrankheiten sind, deren Überwachung dringend erforderlich erscheint. Wenn er weiter gegen die Kontrolle anführt, daß Reglementierte sich gerade wenn sie krank sind, von ihr drücken, so würde dies eher gegen die neueren Bestrebungen, die sanitäre Beaufsichtigung auf den Boden der Freiwilligkeit zu stellen, sprechen. Die vorgeschlagene Kontrolle der Wohnungen dürfte in großen Städten daran scheitern, daß, da die Mehrzahl der Männer es ablehnen wird, sich der Möglichkeit ärztlicher Untersuchungen auszusetzen, der wesentliche Prostitutionsbetrieb sich in unkontrollierbare Stätten, die selbst auf die Gefahr der Bestrafung hin stets vorhanden sein werden, zurückziehen wird. Auch muß die Ausführbarkeit derartiger Untersuchungen nach dem Stande der Wissenschaft vom ärztlichen Standpunkt aus stark bezweifelt werden. Mag man den Vorschlägen des Verf.'s auch skeptisch gegenüberstehen, so enthalten sie jedenfalls wertvolles Material für eine weitere Behandlung der Frage.

Ernst Levin (Berlin).

Dr. **James W. Barrett, Management of venereal Diseases in Egypt during the war.** Brit. med. Journ. 1. 2. 1919. p. 125.

Autor, Sanitätsoffizier der australischen Armee, zählt die in seinem Lande vor dem Kriege gegen die venerischen Krankheiten ergriffenen Maßnahmen auf: statistische Erhebungen, Aufklärung und sexuelle Erziehung, Schaffung von Spezialkliniken.

Sodann beschreibt er den prophylaktischen Feldzug, den er in Ägypten geführt hat.

Die besten Resultate, die einzigen wirklichen Erfolge wurden durch die Organisation der prophylaktischen Stationen erreicht; angewandt wurden $HgCl_2$ 1 : 1000, Kal.-permangan-Injektionen 1 : 3000; sowie eine Einreibung mit Kalomelsalbe.

Verfasser betont, daß die moralischen und sozialen Mittel der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht allein genügten; die pro-

phylaktische Organisation ist eine absolute, an erster Stelle zu nennende Notwendigkeit. G. Ln.

Lacapère, Causes d'orientation de le syphilis. (La combinacion alcool-syphilis.)

Die Syphilis der Eingeborenen Nordafrikas zeigt gegen die europäische Form symptomatische Unterschiede. Beim Europäer sind die Hautaffektionen fast immer leicht, die Schwere der Syphilis beruht hier auf den Erkrankungen des Nervensystems und der Eingeweide; beim Araber dagegen sind Haut- und Knochenerkrankungen sehr häufig und extrem schwer, während die viszerale und Nervensyphilis zu den Ausnahmen gehört. Die meisten tertiären Fälle der Europäer sind Sklerosen (Myokardschwielen, arterielle Atherome, interstitielle Nephritis usw.), während die gummösen, destruktiven, viszeralen Erkrankungen unendlich viel seltener sind; auch die Erkrankungen des Nervensystems wie Tabes und Paralyse verlaufen am häufigsten als fibröse Form. Bei den Eingeborenen dagegen sind die Eingeweidekrankheiten fast immer nekrotisch gummös.

Unter 2850 luetischen Eingeborenen fanden sich 57 Eingeweidefälle (darunter 30 Erkrankungen von Hodensyphilis) und 166 tertiäre Nervenfälle, unter denen nur 3 Tabiker und 1 Paralytiker waren.

Die bei den Europäern als ätiologischer Faktor so häufig angeschuldigten sexuellen Exzesse, die bei den Arabern ganz allgemein (wohl physiologisch, d. Ref.) sind, können demnach nicht zur Erklärung der metasyphilitischen Nervenerkrankungen herangezogen werden. Verf. findet diesen Faktor im Alkohol, der ganz verschieden bei der Syphilis wirken kann. Einmal kommt es durch schwere Einwirkung des Alkohols unter dem Einfluß der Syphilis zur schnellen und vollständigen Änderung eines Organs, oder in der Art eines langsam und wiederholt wirkenden Traumas begünstigt er z. B. die Erscheinung der Arteriosklerose mit ihren vielen Manifestationen (Aortenaneurysma, zerebrale Hämorrhagie, Nierensklerose usw.) oder er wirkt nur durch eine schleichende Imprägnation, die die Diathese für eine Sklerose hervorruft. Wahrscheinlich wird diese Prädisposition schon durch kleinste, gewohnheitsmäßig genossene Dosen von Alkohol hervorgerufen, die durch eine hinzukommende Ursache, wie die Syphilis, zur eigentlichen sklerotischen Krankheitsform führt.

Der Alkohol verursacht beim Europäer eine dauernde arterielle Spannung, die zur Entstehung der Sklerose notwendig ist, eine Spannung, die bei den Eingeborenen, die keinen Alkohol genießen, auch deshalb fehlt, weil sie sehr oft an Malaria, dieser besonders Gefäßerschlaffung bedingenden Krankheit leiden. Lacapère behauptet dann sogar, daß der Alkohol hereditäre arterielle Spannungen bedingen kann, da man schon bei europäischen Kindern, die keinen Alkohol genossen haben, sklerotische Krankheitsformen beobachten kann. (Die Erblichkeit einer derartigen Diathese — hervorgerufen durch Alkoholismus bei den Eltern — lehnt Ref. ab, ohne damit bestreiten zu wollen, daß sie sich bei gleichsinniger Einwirkung der Ursache auf Mutter und sich entwickelnde Frucht angeboren finden kann.)

Die Syphilis des Nervensystems ist bei den Eingeborenen — Tabes und Paralyse (s. o.) werden fast gar nicht gefunden — die auf Entartung beruhende Paraplegie. Ohne den Erklärungsversuch bestreiten zu wollen, daß ein Zusammenhang besteht zwischen den seltenen Tabes- und Paralysefällen einerseits und der gewöhnlichen Apathie und seltenen überragenden Intelligenz der Araber andererseits, betont Verf. die Wichtigkeit des Alkohols für die Genese dieser Erkrankung auch deshalb, weil bei den davon befallenen Eingeborenen sich neben dem Alkoholismus stets relativ ermüdende intellektuelle Beschäftigung fand. Verf. erinnert zugleich an die Untersuchungen von Chenolle und Daniel, die die Anwesenheit von Alkohol im Zerebrospinalsaft nachgewiesen haben.

Auch die Tatsache der Besserung der Lungentuberkulose bei Europäern durch sklerotische Veränderungen, die auf Syphilis sich zurückführen, während die Tuberkulose bei den Eingeborenen meist zu disseminierter Miliartuberkulose in allen Organen führt, glaubt Verf. für seine Theorie anführen zu können, da die Syphilis hier nicht allein zur Verkalkung der Tuberkuloseherde führen kann. Die Kombination der beiden Faktoren, die blutdrucksteigernde Wirkung des Alkohols (facteur hyperteuse ?) und die sklerotisierende der Syphilis rufen die Mehrzahl der viszeralen und nervösen Sklerosen hervor, wobei die Manifestation natürlich von der wirkenden Menge und der Lokalwirkung abhängt. (So wird der Absinttrinker leichter eine allgemeine Paralyse, der Weintrinker eine Lebersklerose bekommen.)

Die in der Arbeit mitgeteilten Tatsachen, die statistischen Zahlen, der bei den Europäern allgemein herrschende Alkoholismus und sein Fehlen bei den Eingeborenen Nordafrikas haben Verf. zur Theorie geführt, daß in der Hauptsache durch die Kombination Alkohol-Syphilis sich die Unterschiede des verschiedenen Krankheitsverlaufs der Lues bei beiden Rassen erklären. Wie weit hier aber Rassenunterschiede mitsprechen, erinnert sei z. B. an die Keloidreaktion der Negerhaut, die auf das syphilitische Virus ganz verschiedene Reaktionen auslösen können, sei dahingestellt. Hauser.

Haustein, Lex veneris in Schweden und ihre Wirksamkeit. Ztschr. f. Soziale Hygiene, Bd. II, H. 9 u. 11, Bd. III, H. 1.

Der Arbeit sind die von 1912 bis Ende 1920 gemeldeten Fälle von Geschlechtskrankheiten in Stockholm zugrunde gelegt. Man erkennt, daß bis zum Kriege in den Jahren 1912—14 die absolute Zahl der Geschlechtskranken annähernd gleich blieb, daß dann aber bereits 1915 ein leichter Anstieg der Erkrankungsfrequenz zu verzeichnen war, der 1916 deutlich in die Erscheinung tritt, 1917 weiter anhält und sich 1918 zu einem beträchtlichen Gipfel entwickelt. 1919 tritt dann ein Abfall ein, der 1920 bis zur Höhe der Friedenszahl bzw. unter deren Niveau absinkt. Als Ursache des Ansteigens wird die ökonomische Hochkonjunktur herangezogen, und aus der Tatsache, daß bei der allgemeinen Zunahme der venerischen Krankheiten besonders die Zahl der jugendlichen Erkrankten gestiegen ist, wird gefolgert, daß die Kriegsindustrie,

die naturgemäß zu einer größeren Promiskuität der Jugendlichen geführt hat, eine maßgebliche Rolle gespielt hat. Weiterhin wird die Tatsache angeführt, daß 1917 und 18 so gut wie keine Kondome in ganz Schweden zu haben waren.

Die Untersuchung des Absinkens der Erkrankungsziffer unter Zugrundelegen der Zahlen von 1919 gegen 1918 ergibt, daß der Abfall für die Männer 19,8%, für die Frauen 3,9% beträgt; nur auf die Tripperfälle bezogen bei den Männern 23,1%, bei den Frauen 13,6%; bezogen auf Ulcus molle 21,3% für beide Geschlechter. Demgegenüber findet sich 1919 noch ein Anstieg der Syphilisfälle um 47,2% bei den Frauen und von nur 4% bei den Männern. Dies ist wohl darauf zurückzuführen, daß zwischen Infektion und Behandlungsbeginn eine längere Zeitspanne liegt. Erst im Sekundärstadium in Behandlung gekommen sind 63,5% der frisch erkrankten Frauen gegen 21,6% der Männer. Der Abfall der Ziffern 1919 fällt zusammen mit dem Zeitpunkt des Abflauens der Schieberhochkonjunktur und dem Wiedereinsetzen ausreichender Kondomeinfuhr. Auch der Einfluß der neuen Gesetzgebung (vgl. diese Ztschr., Bd. 19, Heft 2) wird wahrscheinlich hierbei eine Rolle gespielt haben, jedoch kann dies nur vermutungsweise ausgesprochen werden. Die kostenlose Behandlung und die unentgeltliche Lieferung der Medikamente usw. durch die beamteten Ärzte und Polikliniken wird mittelbar zur Verhinderung eines Teils von Neuinfektionen geführt haben. Auch die im Gesetz vorgeschriebenen Nachforschungen nach den Infektionsquellen werden wohl einen gewissen Einfluß ausgeübt haben. Weiterhin hat auch das sanitäre Zwangsverfahren, sich genügend behandeln zu lassen und die Vorschriften des Arztes zu befolgen im Verein mit den Fortschritten der allgemeinen Volksaufklärung und dem stetig wachsenden Interesse des schwedischen Volkes an diesen Fragen zu einer Gewissensschärfung beigetragen. Die Kosten der Durchführung des Gesetzes sind in einem Überschlage auf höchstens eine Million Kronen jährlich geschätzt worden.

Das vorliegende Zahlenmaterial ist auch zur Beantwortung einiger allgemein interessierender sozialhygienischer Fragen benutzt worden. Im Jahre 1919 findet man, berechnet auf 10000 der mittleren Bevölkerung in Stockholm, eine jährliche Erkrankungsziffer an Lues von 56,4 für Männer, 27,0 für Frauen, 39,6 für beide Geschlechter. Die Untersuchung der Höhe der Morbiditätsziffern in den einzelnen Altersklassen zeigt absolut wie relativ, daß die gefährdetste Altersklasse bei beiden Geschlechtern das 5. Lustrum ist. Die meisten haben sich bis zum 30. Jahre infiziert. 40% der frisch mit Syphilis infizierten Männer und 63% der Frauen ist unter 25 Jahren alt. Bei Ulcus molle sind diese Zahlen 42% und 59%, bei Gonorrhöe 47% und 60%. Auf das Jahrzehnt von 20 bis 30 entfallen bei den Männern 56% und bei den Frauen 51% aller frischen Syphilisfälle; bei Ulcus molle 54% und 52% und bei Gonorrhöe 56% und 50%. Die Wahrscheinlichkeit für einen Stockholmer, sich zwischen dem 15. und 50. Lebensjahre venerisch zu infizieren beträgt unter Zugrundelegen der Meldungen des Jahres 1915 für den Mann: Lues = 17,85%, Ulcus molle = 16,00%, Gonorrhöe = 125%; für die

Frau: 9,80%, 1,73%, 34,45%. Darnach erkranken durchschnittlich während der geschlechtsreifen Periode an Lues: jeder 5. Mann und jede 10. Frau; an Ulcus molle: jeder 6. Mann und jede 50. Frau und an Gonorrhöe: jeder Mann und jede 3. Frau. jeder Mann und jede 3. Frau. Die Verteilung der behandelten Geschlechtskranken auf beide Geschlechter zeigt, daß von den frischen Erkrankungen doppelt so viele auf Männer als auf Frauen fallen, was auch ungefähr für die Syphilis zutrifft; an Ulcus molle hingegen erkranken rund viermal so viele Männer und an Gonorrhöe rund $2^1/_2$mal so viele als Frauen. Jedoch muß diese Zahl für die Frauen als Minimalzahl angesehen werden, da eine Reihe von Gynäkologen die in ihrer Behandlung stehenden Gonorrhöen entweder nicht als solche ansieht oder auch sonst nicht meldet, wie ja überhaupt die Zahl der eingelaufenen Meldungen als Mindestzahlen zu gelten hat. Die Zahlen haben indessen trotzdem einen guten Vergleichswert, weil Spezialärzte, Polikliniken und Amtsärzte immer gleich gut melden. Die drei Geschlechtskrankheiten Gonorrhöe, Ulcus molle, Lues verhalten sich zueinander wie 70:10:20. Großes Interesse beanspruchen auch zwei Sonderfragen: 1. Die Erfahrungen bei Ermittlung der Infektionsquelle die nur in 8,1% der Fälle, in 6,4% der Männer und 12,3% der Frauen angegeben werden konnte. Gefaßt werden konnten nur 223 Personen (129 und 84), also noch nicht ein Drittel der gemeldeten Infektionsquellen. Und von diesen zeigte nur die Hälfte Zeichen einer Geschlechtskrankheit in ansteckendem Stadium. Von den übrigen war aber die Hälfte erkrankt gewesen. Dieses ziemlich ungenügend ausgefallene Ergebnis darf natürlich nicht ausschließlich nach der Zahl der so erfaßten Geschlechtskranken eingeschätzt werden, sondern ist auch nach dem erzieherischen Wert zu beurteilen. — 2. Die Erfahrungen bei säumigen und leichtsinnigen Patienten, von denen nur 50,9% (110 Männer und 122 Frauen) einer ordnungsmäßigen Behandlung zugeführt werden konnten. Einer der Kardinalpunkte, durch die die Durchführung der Lex veneris sich leichter hat bewerkstelligen lassen ist ohne Zweifel das Verbot der Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch nicht approbierte Ärzte. Autoreferat.

Fehlinger, H., Das Geschlechtsleben der Naturvölker. Monographien zur Frauenkunde und Eugenetik, Nr. 1. Leipzig, Kurt Kabitzsch, 1921. Mit 9 Abbildungen.

Eine gute Darstellung der Materie, die das in der sehr umfangreichen internationalen Literatur zerstreute und vielfach versteckte Material zusammenfaßt, es in übersichtlicher Weise ordnet und — was bei den vielen falschen Nachrichten besonders hervorzuheben ist — einer scharfen, kritischen Beleuchtung unterzieht. Die Monographienserie führt sich mit diesem Hefte sehr vorteilhaft ein. A. Bl.

Hoffmann, Erich, Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bonn 1920, A. Marcus u. E Weber. 3. Aufl.

Der Studierende und der Praktiker findet in der vorliegenden erweiterten dritten Auflage des verbreiteten Hoffmannschen Buches in

knapper und klarer Form die Diagnostik und Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten vor.

Hervorgehoben sei der Anhang, der wertvolle Hinweise gibt für die Ausstellung von Zeugnissen für Geschlechtskranke, die Hygiene der Gonorrhoiker, das Verhalten der Syphilitiker in Form eines Merkblattes behandelt, einen Hinweis auf Anwendung und Verhalten der Schmierkur gibt und über den persönlichen Schutz gegen Geschlechtskrankheiten Anweisungen gibt. G. Ln.

Finger, **Zur Frage der sogenannten sexuellen Aufklärung.** Wien. med. Wochenschr. Jahrg. 71. Nr. 8.

Während und nach dem Kriege ist die Jugend in steigendem Maße an der Gesamterkrankungsziffer der Geschlechtskranken beteiligt — die männliche Jugend mit 11%; die weiblichen Jugendlichen mit 21,3%.

Hier ist für den Arzt ein lohnendes Feld zur Auswirkung sozialer Fürsorge gegeben; eingehende Vertiefung in die Sexualität des Kindes, schonende, aber rechtzeitige sexuelle Aufklärung, ethische Beeinflussung, Anspornung zur sportlichen Betätigung, Belehrung über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten können vorbeugend wirken und eventuell bereits aufgenommenen Geschlechtsverkehr verhindern. G. Ln.

Schereschewski, J., **Praktische Ergebnisse der Chinin-Luesprophylaxe in der Armee.** Berl. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 32.

Borg, L., **Le Xylol agent prophylatictique.** La presse medicale. 1919. Nr. 8.

Papamarku, **Zur Beurteilung einiger zum Schutz gegen die syphilitische Ansteckung empfohlenen Desinfektionsverfahren.** D. med. Wochenschr. 1920. Nr. 31.

Schereschewski, J., **Geschlechtlich übertragbare originäre Kaninchensyphilis und Chinin Spirochätotropie.** Berl. klin. Wochenschr. 1920. Nr. 48.

Manteuffel, P. u. **Zschukke, H.,** **Experimentelle Vergleichsprüfung von Schutzmitteln gegen Geschlechtskrankheiten.** Deutsche med. Wochenschr. 1921. Nr. 2.

Worms, W., **Experimentelle Beiträge zur Syphilisprophylaxe.** Berl. klin. Wochenschr. 1921. Nr. 5.

Schereschewski, J. u. **Worms, W.,** **Spirochätotropie und Luesprophylaktika.** Deutsche med. Wochenschr. 1921. Nr. 7.

Von Blaschko wurde immer wieder auf die Wichtigkeit hingewiesen, durch Prophylaxe die Geschlechtskrankheiten einzudämmen.

Seine Forderung, auf diesem Wege die Geschlechtskrankheiten zu sanieren, hat eine größere Zahl von Arbeiten zur Folge gehabt, die auf dem Wege des Experimentes wissenschaftlicher Klärung über die verschiedene Wertigkeit der Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten zu schaffen suchten.

Scherewsky verwirft in seinen Arbeiten immer wieder die Metschnikoffsche Calomelsalbe und die Neisser-Siebertsche Salbe. Schon während des Krieges machte er auf die Wichtigkeit der persönlichen Prophylaxe aufmerksam und verfolgte an seinem Krankenmaterial die Wirkung der verschiedenen Mittel. Die besten Erfolge sah er bei Anwendung einer hochprozentigen Chininsalbe.

Zusammen mit Worms beobachtete er die verschiedenen Prophylaktika im Tierexperiment.

Bei geschlechtlich übertragener originärer Kaninchensyphilis konnte er wiederum mit Chininpräparaten gute Wirkungen beobachten, die eine Aussicht auf eine opsonisierende, fraktionierte Chinin-Salvarsantherapie eröffnen.

Sodann haben beide Autoren verschiedene Mittel sofort oder kurze Zeit nach der Infektion auf die Infektionsstelle gebracht. Es wurde gefunden, daß alle Mittel, außer einer hochprozentigen Chininsalbe — deren Zusammensetzung leider nicht angegeben wird — versagen.

L. Bory hat prophylaktische Versuche mit Xylol angestellt. Leider werden in seiner Arbeit genauere Ausführungen über die Versuchsanordnung und über zahlenmäßig erwiesene Erfolge vermißt.

Papamarku, den Scherewsky nicht erwähnt, hat wohl zuerst die Methode der Schellackschen Versuche (Schellack: Über perkutane Infektion des russischen Rückfallfiebers der Hühnerspirochätose und der Kaninchensyphilis, Arb. d. Kais. Ges.-Amts, 40, S. 78) zur Nachprüfung von Prophylaktika herangezogen. Es werden Mäuse durch einfaches Aufstreichen von spirochätenhaltigem Blute auf die unverletzte oder leicht verletzte Haut — also perkutan — infiziert. Wenn man solche Mäuse teils vor, teils nach der Infektion mit den zu untersuchenden Schutzmitteln behandelt, erhält man eine experimentelle Grundlage zur vergleichenden Beurteilung der Mittel.

Papamarku kommt zu dem Schlnß, daß alle Schutzmittel — in Lösungen wie in Salbenform angewandte — in erster Linie ante coitum wirken und daß bei einer Anwendung ante coitum bereits ganz indifferente Salben einen gewissen Schutz verleihen.

Bei Anwendung post coitum ist die Wirkung aller Mittel eine relative. Papamarku hat auch Erfolge bei Anwendung der von Scherewsky für ungeeignet gehaltenen Calomelsalbe gesehen.

Scherewsky ist der Ansicht, daß Metallsalze nur wirksam sind, wenn sie ionisieren können. Die Desinfektionswirkung der Mittel ist an die Metallionen gebunden. Beim Calomel seien die Hg-Ionen gebunden, deshalb sei Calomel ein unwirksames Mittel.

Die Neiser-Siebertsche Salbe verdirbt als Prophylaktikum bald, das liegt nicht zum wenigsten an der Verpackung in Metalltuben. Das Metall der Tube reißt sehr bald die Hg-Ionen an sich, wodurch Unwirksamkeit eintritt.

Diesem Übelstande läßt sich durch andere Verpackung bald abhelfen. Statt der Metalldosen sind Porzellan- oder Glastuben verwertbar. Ein Herstellungsstempel zeigt das Alter des Präparats, so daß alte Mittel als solche leicht erkannt und zurückgewiesen werden können. Die Chininsalbe hat den Vorteil, daß sie ohne Schaden zu leiden in einer Metallverpackung bleiben kann.

Lösungen wirken besser als die Salben. Die Dissoziation der Salze ist am stärksten in schwachen Lösungen. Bei den Salben hindert das Salbenvehikel die Wirkung. Die Desinfektionswirkung der Salbe wiederum hängt von ihrem Wassergehalt ab.

Es spielt in jedem Falle bei den Prophylaktika die Anwendung ante oder post coitum eine bedeutende Rolle. Bei Anwendung ante spielt das Constituens eine große Rolle durch den mechanischen Fettschutz.

Nun verlangt die Anwendung aller Prophylaktika Berücksichtigung psychologischer Faktoren: Das Mittel muß schnell wirken, es muß leicht anwendbar und handlich sein.

Die Arbeit von Manteuffel und Zschukke gehen den richtigen psychologischen Weg: Ein Mittel zu finden, das gleichzeitig gegen Lues und Gonorrhöe zu wirken vermag. Die Autoren glauben bei ihren Nachprüfungen der verschiedenen Mittel im Sublimatlanolin 0,3% eine brauchbare Kombination gefunden zu haben.

Es ist durchaus noch nicht klar, ob sich die Vorgänge in vivo genau so abspielen wie im Reagenzglas und im Tierexperiment. Auch wird die Wirkung nicht allein von den Metall-Ionen abhängen, auch das Anion wird im Körper eine gewisse Rolle spielen. Und es ist noch keineswegs klargestellt, ob nicht auch die Schnelligkeit, mit der das Mittel zu wirken vermag, eine große Rolle spielt. Hier sind noch eingehende Nachprüfungen erforderlich.

Das Idealmittel, das gleichzeitig gegen Lues und Gonorrhöe zu wirken vermag, ist noch nicht gefunden.

Die Ansätze zu den fruchtbringenden Arbeiten auf dem Gebiete der Prophylaxe sind gegeben. Den weiteren Arbeiten ist ein voller Erfolg zu wünschen. G. Ln.

Dornblüth, Otto, Klinisches Wörterbuch. Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Berlin 1921. 10. Aufl.

Die Notwendigkeit einer 10. Auflage weist auf die Verbreitung des Buches hin; Verfasser gibt eine brauchbare Verdeutschung und Erklärung der klinischen Fremdworte; nicht nur dem Laien, sondern auch dem Arzt wird dieses Buch als Nachschlagewerk gute Dienste leisten. G. Ln.

Feuilleton.

Luther im Kampfe gegen die Unsittlichkeit.

Das Jahr 1917 hat als Jubiläumsjahr des Thesenanschlags uns zwei Büchlein über Luther und den Trunk[1]) gebracht. Immer wieder fällt mir auf, wie Luthers Stellung zur Unsittlichkeit Parallelen zu seiner Bekämpfung des Trunkes bietet. Vergebens habe ich darauf gewartet, daß entweder ein Lutherforscher oder ein Arbeiter der Sittlichkeitsfrage uns Luther und die Unzucht schildern möchte.[2]) Zu einer eingehenden Abhandlung fehlt diesen Blättern der Raum und mir die Zeit; auch würde vielleicht ein konfessioneller Gegensatz nicht immer zu vermeiden sein. Ich bringe deshalb hier lediglich einige Quellenauszüge, welche einerseits die Lücke auszufüllen geeignet sind, andererseits geschichtlich wertvolle Belehrung vermitteln und in ihrer kernigen Sprache erfrischen.

Gegen die Bordelle; frühzeitige Heirat (1520).

„Ist ein nicht jämmerliches Ding, daß wir Christen unter uns halten sollen freie, gemeine Frauenhäuser, so wir alle zur Keuschheit getauft sind? Ich weiß wohl, was etliche dazu sagen und daß es nicht eines Volkes Gewohnheit geworden ist, daß sie auch schwerlich davon abzubringen sind, daß dazu besser ein solches Haus sei, denn eheliche und Jungfrauen-Personen oder noch ehrliche zuschanden zu machen. Sollten aber hier nicht weltliches und christliches Regiment denken, wie man demselben mit solcher heidnischen Weise zuvorkommen kann? Hat das Volk von Israel bestehen können ohne solchen Unfug, wie sollte das Christenvolk nicht auch so viel tun können? Ja, wie halten sich viele Städte, Märkte, Flecken und Dörfer ohne solche Häuser? Warum sollten sich große Städte nicht auch halten?

Ich will aber damit angesagt haben, wie vieler guter Werke die weltliche Obrigkeit tun könnte, und was aller Obrigkeit Amt sein sollte, dadurch ein jeglicher lerne wie schrecklich es sei, zu regieren und obenan zu sitzen. Was hülfe es, daß ein Oberherr für sich selbst so heilig wäre

---

[1]) Stubbe, Luther und der Trunk, Neuland-Verlag, Hamburg 30, 40 Pfg., desgl. Römer, Mäßigkeitsverlag, Berlin-Dahlem. Außerdem erschienen eine Reihe von Aufsätzen in alkoholgegnerischen und -freundlichen Zeitschriften.

[2]) In den großen Werken über Luther findet sich natürlich reichlicher Stoff zu dieser Frage. Als Spezialschrift auf diesem Gebiete kenne ich nur Kawerau, „Die Reformation und die Ehe“, ein Beitrag für Kulturgeschichte des 16. Jahrhunderts. Schriften des Vereins für Reformationsgeschichte, Nr. 31.

als St. Peter, wo er nicht den Untertanen in diesen Stücken fleißig zu helfen gedenkt? Wird ihn doch eine Obrigkeit verdammen! Denn die Obrigkeit ist schuldig, der Untertanen Bestes zu suchen. Wenn aber die Obrigkeit darauf dächte, wie man das junge Volk ehelich zusammenbrächte, würde die Hoffnung ehelichen Standes einem jeglichen sehr wohl helfen zu tragen und zu wehren der Anfechtungen."

(Luthers Werke für das christl. Haus, I., S. 287 f.)

„Wider die Huren und Speckstudenten" (13. Mai 1543, Anschlag).

„Es hat der Teufel durch unseres Glaubens sonderliche Feinde etliche Huren hierher geführt, die arme Jugend zu verderben. Dem zuwider ist noch als eines alten, treuen Predigers an euch, liebe Kinder, meine väterliche Bitte, daß ihr wollt gar gewißlich glauben, daß der böse Geist solche Huren hierher sendet, wie sich täglich leider in der Erfahrung findet. Daß doch ein guter Gesell den anderen warne! Denn eine solche französische für 10, 20, 30 etc. frommer Leute Kinder vergiften kann, ist deshalb zu rechnen als eine Mörderin und ärger als eine Vergifterin. Helfe doch in solchem giftigen Geschmeiß einer dem anderen mit treuem Raten und Warnen, wie du wolltest dir getan haben.

Werdet ihr aber solche väterliche Mahnung verachten, so haben wir, Gott Lob, einen solchen löblichen Landesfürsten, der züchtig und ehrlich, aller Unzucht und Untugend feind ist, dazu eine schwere Hand mit dem Schwert gewappnet, der seine Speck[1]) und Fischerei[2]) dazu die ganze Stadt wird wissen zu reinigen zu Ehre dem Worte Gottes, das seine Kurfürstliche Gnaden mit Ernst angenommen, bis daher mit großer Fahr und Unkost dabei blieben ist. Darum rat ich auch Speckstudenten, daß ihr euch beizeiten trollt, ehe es der Landesfürst erfahre, was ihr mit Huren treibt. Denn seine Kurfürstliche Gnaden haben nicht leiden wollen im Lager von Wolfenbüttel, wieviel weniger wird er es leiden in seinem Holz, Stadt und Land. Trollt euch, das rat ich, je eher, je besser. Wer nicht ohne Huren leben will, der mag heimziehen und wohin er will. Hier ist eine christliche Kirch und Schule, daß man soll Gottes Wort lernen, Zucht und Tugend. Wer ein Hurentreiber will sein, der kann es wohl anderswo bekommen. Unser Herr Kurfürst hat die Universität nicht gestiftet für Hurentreiber oder Hurenhäuser; da wißt euch zu richten.

Und ich müßte törlich reden. Wenn ich ein Richter wäre, so wollte ich eine solche giftige französische Hure rädern und ädern zu lassen, denn es ist nicht auszureden, was Schaden eine solche unflätige Hure tut bei dem jungen Blut, das sich an ihr so jämmerlich verderbet, ehe es ein rechter Mensch ist worden und in der Blüt sich verderbet. Die jungen Narren meinen, sie müssen nicht leiden; so bald sie eine Brunst fühlen, soll eine Hure da sein! Die alten Väter nennen's impatientium libidinis, heimlich Leiden. Es heißt: Wehr dich, pest voncupuscentias

[1]) Die Specke: ein Wäldchen im Nordosten von Wittenberg.
[2]) Auch in der Fischerei vor Wittenberg verkehrten Studenten.

tras ne eas. Eccl. 18. K..... doch in ehelichen Stand nicht so gleich zugehen. Summa: Hüte dich vor Huren und bitt Gott, der dich geschaffen hat, daß er dir ein fromm Kind zufüge. Es wird Müh genug haben. Dixi. Wie du wilt, stat sententia Dei. 1 Cor. 10, Nummer 25."

(Weimarer Ausgabe, Tischreden, 4. Bd., S. 552f.)

Macht der Unzucht.

„Die böse Lust zur Unzucht ist ein überaus grausames Unglück und böses Ding, welchem mit nichten mag gewehrt noch gesteuert werden. Und es ist zwar viel schwerer, die Schmeichelei und Anreizung zur Wollust zu überwinden, denn sonst ein äußerlich Kreuz, wie Augustinus sagte. Es ist schwer, mit der Unzucht denn mit dem Kreuz zu kämpfen. Es ist ein großer Jammer, gebunden sein und im Gefängnis liegen; aber es ist ein noch viel böser und gefährlich Ding, wo einer wider die Unzucht streiten soll. Denn daselbst währet der Streit täglich für und für, und ist gar ein seltsam Ding, in solchem Streite den Sieg zu erhalten. Die rohen, gottlosen Leute haben wenig Sorge dafür, wie sie die Keuschheit erhalten mögen. Darum machet ihnen auch der Teufel damit nichts zu schaffen. Denn er hat sie schon zuvor in seinen Stricken. Du bist bereits mein, denkt er. Er versucht sie durch sogar öffentliche Gelegenheiten nicht, danach sie doch groß Verlangen haben; ja er treibet sie, daß auch mit großer Gefahr, mit höchster Beschwerung Leibes und Seelen, dazu auch mit Verlust ihrer Gesundheit erlangen, was sie begehren. Denn er weiß, daß den rechten Lohn ihres gottlosen schändlichen Wesens empfahen mögen, und daß sie ja nicht ohne Krankheit, ohne Schande und andere Verhinderung, Ursache und Gelegenheit finden mögen, ihre böse Lust zu erfüllen." (Walchsche Ausgabe, II., S. 1846.)

Beziehung zwischen Unmäßigkeit und Unkeuschheit.

„Eine Todsünde ist Fressen und Saufen, die eine Schwester, ja Anreiz ist der Unkeuschheit, wie ein Heide spricht!: Sine Cerere et Baccho friget Venus: Ohne Speise und Trank erlieget die Unkeuschheit! Dieses Laster setzet St. Paulus zu den Philipp. 3, 19 unter das erste Gebot und spricht: Die fressigen Menschen halten ihren Bauch für ihren Gott. Und zu den Römern, 16, 18: Solche Menschen dienen nicht Christo, sondern ihrem Bauch. Man mag dieses Laster auch eigentlich unter das höchste Gebot setzen; denn wo Unkeuschheit verboten wird, da wird auch alle Ursache und Anreizung zur Unkeuschheit verboten. Nun ist es offenbar, daß der Unkeuschheit keine größere und kräftigere Ursache gegeben werden mag, denn durch Fressen und Saufen; denn das ist eine innerliche Reizung; aber Anschauen, Gespräche, Gehöre und Greifen sind äußerliche Reizungen zur Unkeuschheit. Die Füllerei bläset die Adern auf und beweget den ganzen Leib zu bösen Lüsten. Es spricht der Heide Plinius, daß große unreine Lust nach der Füllerei entstehen. Desgleichen spricht St. Hieronymus ad Enstoch, und anderwärts, daß nichts also die Unreinigkeit erwecket als die unverdaute Speise. Und darum ergibt sich ein fressiger Mensch williglich in die Unreinigkeit. In gleicher Gestalt werden in dem sechsten Gebot auch verboten Müßig-

gang, Faulheit, Schläfrigkeit, weiche Lager und andere Dinge, die da Unkeuschheit erwecken. Darum, so sich einer mit Speise und Trank überladen hat, will er nicht mit großen Anfechtungen überwunden werden, so ist Not, daß er sich alsbald mit viel Arbeit bemühe. Denn wie St. Hieronymus spricht: Ein Bauch, mit Wein gefüllt, wütet und schäumt gleichsam von Unkeuschheit. Denn, wie vom Feuer der Rauch aufgehet und wie der eingeschenkte Wein einen Schaum gewinnet und wie das siedende Wasser sprudelt, also folget die Unkeuschheit nach der Füllerei. Und also, sintemalen Gott die Keuschheit geboten hat, so hat er auch ohne Zweifel die Mittel zu der Keuschheit geboten, als da ist Mäßigkeit, Wachen, Arbeiten, Beten, Lesen, Betrachten, Eifer und Fleiß, Armut, Hitze, Kälte, Dienst des Nächsten und dergleichen."

(Walchsche Ausgabe, III., S. 1989.)

Folgen der Unzucht; das beste Mittel dagegen.

„Besiehe alle Histerien, siehe von allen griechischen Tragödien alle Geschichte der Römer und anderer Nationen zu allen Zeiten, so wirst du finden, daß aus Unzucht allerlei Not und Unglück erwachsen ist. Nun kann es aber ohne das nicht sein, sondern wo das Wort nicht ist oder verachtet wird, da müssen die Leute in Unzucht fallen und geraten. Unzucht aber schleppt mit sich andere unzählige Sünden, als Hoffahrt, Unrecht, falsche Eide etc. — Diesen Sünden kann man nicht anders begegnen noch raten, denn durch die erste Tafel, daß die Leute anheben, Gott zu fürchten und ihm zu vertrauen, denn da wird folgen, daß sie dem Worte nachgehen wie einem Lichte, das im Finstern vorleuchtet und solchen Ärgernissen nicht nachhängen, sondern sich davor hüten. Wenn aber die erste Tafel aufgehoben und aus den Augen geräumt ist, da ist es unmöglich, daß etwas anderes dem allerlei Sünde, Schande und Laster folgen und im Schwange gehen kann. — Also wird nach Verachtung der ersten Tafel auch verachtet und verworfen die andere und gewinnt die Unzucht den vornehmsten Ort, welche das eheliche Kinderzeugen verachtet und durchaus ein viehisch Ding wird, so doch Gott die Ehe vornehmlich zur Hilfe der schwachen Natur und zum Kinderzeugen verordnet hat. Wenn also die Unzucht die Oberhand gewonnen hat, so fallen danach dahin und werden zerrissen die vorhergehenden und folgenden Gebote, daß man nicht schont die Ehre der Eltern, sich nicht enthält von Mard und Totschlafen, sondern macht sich an anderer Leute Gut, redet falsch Zeugnis usw."

(Walchsche Ausgabe, I., S. 671.)

Das sittliche Lebensideal.

(Das 5. Gebot schützt die Person des Nächsten.) „Danach fortgefahren auf das nächste Gut nach seinen Lieben, nämlich sein eheliches Gemahl, welches mit ihm ein Fleisch und Blut ist, also daß man ihm an keinen Gute höheren Schaden tun kann. Darum auch deutlich hier (6. Gebot) ausgedrückt wird, daß man ihm keine Schande zufügen solle an seinem Eheweibe und lautet eigentlich auf den Ehebruch, darum das im jüdischen Volke so geordnet und geboten war, daß jeder-



mann mußte ehelich erfunden werden, darum auch die Jugend aufs zeitlichste beraten ward, also, daß Jungfrauenstand nichts galt, auch kein öffentliches Huren- und Bubenleben (wie jetzt) gestattet ward. Darum ist der Ehebruch die gemeinste Unkeuschheit bei ihm gewesen.

Weil aber bei uns ein solches schändliches Gemenge und Grundsuppe aller Untugend und Büberei ist, ist dies Gebot auch wider alle Unkeuschheit gestellt, wie man sie nennen mag, und nicht allein äußerlich die Tat verboten, sondern auch allerlei Ursache, Reizung und Mittel, also, daß Herz, Mund und der ganze Leibe keusch sei, keinen Raum, Hilfe noch Rat zur Unkeuschheit gebe, und nicht allein das, sondern auch wehren, schützen und retten, wo die Gefahr und Not ist, und wiederum helfen und raten, daß sein Nächster bei Ehren bleibe, denn wo du solches nachlässest, so du könntest dafür sein, oder durch die Finger siehst, als ginge dich's nichts an, bist du ebenso schuldig als der Täter selbst. Also ist, aufs kurze zu fassen, so viel gefordert, daß ein jeglicher beide für sich keusch lebe und dem Nächsten auch dazu helfe; also daß Gott durch dies Gebot einer jeglichen ehelich Gemahl will umschränkt und bewahrt haben, daß sich niemand daran vergreife." **(Luthers Werke für das christl. Haus, III., S. 171 f.)**

Stubbe.

Die Schriftleitung erbittet Zusendung von Besprechungsexemplaren nach Berlin W, Wilhelmstr. 45.

Zeitschrift

für

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Band 20. 1921 Nr. 3 u. 4.

Der ärztliche Ehekonsens.

Von

E. Finger, Wien.

Die Frage des ärztlichen Ehezeugnisses ist im Deutschen Reich schon seit längerer Zeit Gegenstand der Diskussion. Nachdem durch einen Antrag Tandlers im Wiener Stadtrat diese Frage auch für uns Aktualität gewonnen hat, seien mir zu derselben einige Bemerkungen gestattet. Prinzipiell ist ja über die Frage, daß nur Gesunde die Ehe eingehen sollen, um die Übertragung und Vererbung von körperlichen und geistigen Leiden auf die Nachkommen zu verhindern, kein Wort zu sagen, um so mehr aber zu der Frage, wie weit das ärztliche Ehezeugnis dieser prinzipiellen Forderung zu entsprechen vermag.

Zunächst mit Rücksicht auf den Antrag Tandlers, der die Einführung des Attestes nur für Wien erreichen kann, nur die Feststellung, daß eine solche Bestimmung, gesetzlich oder im Verordnungswege, nur dann einen Zweck hat, wenn sie sich auf das ganze Reich bezieht. Die Einführung des Ehezeugnisses für Wien hätte nur die Folge, daß derjenige, der es, sei es auch nur als lästige Maßregel umgehen will, sich in Mödling oder Baden trauen läßt.

Dann ein weiteres Bedenken. Wird die Einführung des ärztlichen Ehekonsenses die Zahl erblich geschlechtskranker Kinder auch nur um eines vermindern? Können wir diese Frage nicht unbedingt bejahen, dann kommt die weitere Überlegung, daß auch ein erblich geschlechtskrankes Kind bei geeigneter Behandlung und Pflege noch ein ganz wertvolles Glied der menschlichen Gesellschaft werden kann, daß aber diese Bedingungen für die ehelichen Kinder zweifellos weit günstiger stehen, als für die Mehrzahl der außerehelichen.

Aber das ärztliche Ehezeugnis könnte seine Wirkung nur in einer Gesellschaft entfalten, in welcher der Geschlechtsverkehr ganz



auf die Ehe beschränkt bliebe. Dies ist nun bei uns nicht der Fall, in Stadt und Land nimmt der außereheliche und voreheliche Geschlechtsverkehr zu, und die Zahl der Bräute, die ihrem Verlobten den Geschlechtsverkehr verweigert und mit dem Jungfernkranz vor den Altar tritt, ist in sichtlicher Abnahme begriffen. Wird das ärztliche Ehezeugnis, das bei oder kurz vor der Eheschließung dem kirchlichen oder Standesbeamten überreicht wird, nicht zur Formalität herabsinken? Aber mit der Häufigkeit des vorehelichen Geschlechtsverkehres nimmt auch die Häufigkeit vorehelicher Infektionen mit einer Geschlechtskrankheit zu. Wenn nun ein junger Mann seine Braut infiziert, und beide zu einer Zeit, wo die Krankheit noch nicht behoben ist, ehelichen wollen und das Ehezeugnis verlangen, muß es der Arzt nach der Vorschrift des Gesetzes verweigern. Was dann? Dürfen die zwei Leute dennoch nach Klarstellung des für beide peinlichen Umstandes heiraten, oder sind sie verurteilt im Konkubinat weiter zu leben, kranke Kinder zu zeugen, bis Zeit und Behandlung sie ehereif gemacht haben?

Und nun zum Attest selbst. Wie lange ist es gültig und welchen Wert hat es?

Zunächst einmal kann es ungültig sein schon im Moment der Ausstellung, wenn zu der Zeit, in der es ausgestellt wird, der Zeugniswerber sich im Inkubationsstadium einer kurz vorher erfolgten klinisch noch in keiner Weise nachweisbaren Geschlechtkrankheit befindet. Dann aber hat das Zeugnis nie einen Zukunfts-, sondern stets nur einen Vergangenheitswert. Es gilt nur für Tag und Stunde der Ausstellung, der Besitzer kann mit dem Atteste in der Tasche, eine Stunde nach dessen Ausstellung, dessen Inhalt lügen strafen, indem er sich frisch infiziert. Welchen Wert hat es also, wenn der Bräutigam der Braut oder deren gesetzlichen Vertreter, oder dem Standesbeamten ein ärztliches Attest vorlegt, das einen Monat, ja auch nur eine Woche alt ist? wenn er es vorlegt vor der Verlobung, Wochen, ja Monate vor der Verehelichung? zu einer Zeit voll sexueller Aufregungen, die eine große Anforderung an die Charakterfestigkeit des Mannes stellen? Ist doch die Zahl der Männer, die während des Bräutigamstandes mit anderen Mädchen verkehren, nicht gering, ebenso wie die Zahl von Infektionen. Und wenn heute die Zahl von Bräuten, die dem Bräutigam sexuellen Verkehr gestatten, nicht gering ist, so spielt — dieses weiß ich aus manchem Mädchenmunde selbst — auch das Moment mit, daß sie sich die Treue des Mannes bewahren, das Aufsuchen anderer Mäd

chen verhindern wollen. Und so ist der Wert dieses Zeugnisses für viele Fälle problematisch. Die gewissenhaften, charakterfesten Männer werden auch ohne den Zwang des Ehezeugnisses gewissenhaft vorgehen, die leichtsinnigen, und gerade in sexualibus gibt es viele leichtsinnige, werden durch das Zeugnis nicht unbedingt daran gehindert, Unheil anzustellen.

Und nun zum Attest selbst! Wenn bisher die Forderung nach ärztlichem Ehekonsens aufgestellt wurde, geschah dies wohl meist in dem Sinne, daß verlangt wurde, daß ein Geschlechtskranker nicht früher die Ehe eingehen dürfe, bis **sein** Arzt ihm die Bewilligung hierzu erteilt, also nicht ohne sich mit **seinem** Arzte beraten zu haben, nicht hinter dem Rücken **seines** Arztes heiraten dürfe. In der Tat ist, die nötige Sachkenntnis vorausgesetzt, nur der Arzt, der den Geschlechtskranken behandelte, der das Alter der Erkrankung, die verschiedenen Phasen, welche sie durchmachte, die Art der Behandlung kennt, in der Lage, die Ehefähigkeit des Patienten zu beurteilen. Ich meine, daß er dieselbe ausschließlich von dem Standpunkte zu beurteilen hat, ob der Patient noch in der Lage ist, seine Frau zu infizieren und durch diese der Nachkommenschaft gefährlich zu werden. Ich bin dementsprechend auch der Ansicht, daß er den Ehekonsens einem spätlatenten Luetiker trotz positiver W.-R. und positivem Liquor zu gestatten in der Lage ist, wenn Alter der Lues, vorausgegangene energische Behandlung, lange Symptomenfreiheit dies gestatten. Positive W.-R., positiver Liquor sind Momente, welche die individuelle Prognose trüben, also bei einer Lebensversicherung wohl, nicht aber in der Frage des Ehekonsenses in Betracht kommen. Wenn ich in der Familie eines Tabikers oder Paralytikers Frau und Kinder erkranken sah, geschah es stets dann, wenn der Betreffende in den ersten Jahren nach einer Infektion sich verehelichte. Hingegen sah ich zahlreiche ganz gesunde, blühende Kinder von Metaluetikern, deren Infektion lange Zeit vor der Eheschließung zurücklag, ja selbst von Vätern im Initialstadium einer Tabes oder Paralyse gezeugt, natürlich auch die Frauen in diesem Falle gesund, wie die Kinder dauernd seronegativ.

Ist also der Arzt des Patienten allein in der Lage, die Ehefähigkeit des Patienten, s e i n e s Patienten zu beurteilen, so ergeben sich ganz wesentliche Schwierigkeiten auch für den sachverständigsten Arzt, wenn er die Ehefähigkeit eines Mannes, den er nicht kennt, dessen Krankheit er weder beobachtete noch behandelte, beurteilen

soll. Mein erster Lehrer, v. Sigmund, hatte das Sprichwort: Quivis Syphiliticus mendax. Mir bleibt zeitlebens ein Erlebnis in Erinnerung, das ich kurze Zeit nach meiner Niederlassung in der Praxis im Jahre 1885 hatte. Kam da eines Tages ein den besten Ständen angehörender junger Mann, Herr X., zu mir, sich den Ehekonsens zu erbitten. Erzählte, daß er etwa fünf Jahre vorher an Syphilis erkrankt war, in den ersten zwei Jahren eine Reihe von Schmierkuren durchgemacht, nun seit drei Jahren frei von Symptomen sei. Die Untersuchung hatte klinisch ein völlig negatives Ergebnis. Ich gab ihm also die Bescheinigung, daß ich auf Grund seines Krankheitsberichtes und des klinischen Befundes keine Einwendung vom ärztlichen Standpunkt gegen eine Verehelichung zu machen hätte. Einige Monate später interpellierte mich mein Freund und Kollege Mraček, wie ich denn hätte den X. heiraten lassen können, dieser hätte nun seine junge Frau, ein schönes und sehr reiches Weib mit Lues infiziert. Ich berichtete ihm, was der Patient mir angegeben habe. „Der Gauner," sagte Mraček, „hat dich angelogen. Er war damals wegen frischer sekundärer Syphilis in meiner Behandlung und als die erste Schmierkur vorüber und Primäraffekt und sekundäre Erscheinungen geheilt waren, frug er mich, ob er nun heiraten könne. Er sei mit einem sehr reichen Mädchen verlobt und werde zur Ehe gedrängt." „Darauf sagte ich ihm," fuhr Mraček fort, „wenn Sie die nächsten zwei Jahre 5—6 Schmierkuren gemacht, dann mindestens zwei Jahre frei von Erscheinungen waren, dann werden wir über die Ehe sprechen, jetzt ist davon keine Rede." Der Patient heiratete trotzdem, und als die Infektion seiner Frau aufkam, zog er meine Bescheinigung aus der Tasche. Mraček hatte ihm die Anweisung gegeben, wie er sie mir entlocken könne.

Aber auch einem Patienten gegenüber, der uns die Wahrheit angibt, und den wir genau zu untersuchen in der Lage sind, ist unsere Lage eine ebenso schwierige, als verantwortungsvolle; schwierig, weil sich unsere Aussage auf rein negative Ergebnisse stützt und hundert Negationen noch immer keine Affirmation geben. Und so geben auch mehrere mechanische und chemische Provokationen mit negativem Gonokokkenbefund ebensowenig den sicheren Beweis, daß keine Gonokokken mehr vorhanden sind, wie eine drei Jahre alte Lues, negative W.-R., negativer Liquor die volle Gewähr geben, daß die Syphilis des Patienten nicht mehr ansteckend ist. Wenn wir als Privatärzte dem Einzelfall gegenüber stehen, dann bemühen wir uns einerseits die Forderungen

möglichst hoch zu spannen, andererseits betonen wir die Unsicherheit negativer Ergebnisse, indem wir unserer Bescheinigung auch eine negative Fassung geben, etwa sagen, wir hätten vom ärztlichen Standpunkt keinen Anlaß zu finden vermocht, den Ehekonsens zu verweigern, vermeiden es aber affirmativ die Ehe direkt zu gestatten. Wir betonen dem Ehekandidaten oder den Angehörigen der Braut gegenüber, daß eine Gefahr, wenn auch sehr unwahrscheinlich, doch nicht absolut und unbedingt ausgeschlossen ist, die beiden eheschließenden Teile doch ein gewisses Risiko haben, das sie aus freier Entschließung und unter eigener Verantwortung in den Kauf nehmen müssen, wir lehnen also die alleinige Tragung der Verantwortung ab. Anders das amtliche Attest. Dieses muß rein affirmativ lauten, und der es ausstellende Arzt die volle Verantwortung tragen. Ist dieses nicht möglich, weil, wie gesagt, unsere Untersuchungsmethoden keine sichere Gewähr geben, fügen wir noch das hinzu, was wir bezüglich des Wertes des Attestes sagten, so meine ich wohl, daß die gesetzgebenden Körperschaften sich die gesetzliche Einführung desselben sehr überlegen sollen.

Ein Entwurf von Ausführungsbestimmungen für das Schubartsche Ehezeugnis (betr. Geschlechtskrankheiten).

Von

Prof. **F. Pinkus** und Assistenzarzt **Georg Loewenstein.**

Der eifrige Befürworter der Einführung des Ehezeugnisses, Amtsgerichtsrat Schubart-Charlottenburg, der dieses Ehezeugnis vor allem auf das Gebiet der Geschlechtskrankheiten bezogen wissen will und für dasselbe die Form eines „Einheitszeugnisses" vorschlägt, (vgl. diese Zeitschr. Bd. 19, S. 204), hat sich an den Vorstand der D.G.B.G. mit der Bitte gewandt, Ausführungsbestimmungen zu seinem dort abgedruckten Ehegesetzentwurf auszuarbeiten.

Wir entsprechen nachfolgend dieser Bitte, bemerken jedoch zu unseren Ausführungsbestimmungen, daß in denselben die Frage des obligatorischen Zwanges oder der freiwilligen Beibringung dieses Zeugnisses nicht in Erwägung gezogen ist.

Eine ausreichende Wirkung des Ehezeugnisses kann man sich nur versprechen, wenn ein Zwang zur Beibringung vorliegt. Aber gegen diesen Zwang spricht vor allem die Wahrscheinlichkeit, „eines weiteren Ansteigens der Ehescheu", eines Zunehmens der illegitimen Verbindungen auf Kosten der bürgerlichen Ehe. Ausschlaggebend bei diesen Überlegungen ist der Standpunkt, den der Einzelne oder auch der Gesetzgeber zur Ehe einnimmt. Wenn die Ehe nur ein Institut zur Fortpflanzung ist, dann müssen rassehygienische und eugenetische Gesichtspunkte in erster Linie stehen. dann gilt es, die für das Fortpflanzungsgeschäft ungeeigneten, unerwünschten oder gefährlichen Elemente auszumerzen und von der Ehe fern zu halten, dann aber müßte der Staat für alle diese Individuen ein Eheverbot aussprechen dürfen.

Nun ist aber in einem modernen Staat die Ehe in sehr vielen Fällen oft nur die letzte bürgerliche Sanktionierung eines bereits

seit vielen Jahren bestehenden freien ehelichen Verhältnisses, aus dem ohne Rücksicht auf eugenetische und andere Gesichtspunkte eine Nachkommenschaft des Zufalls entstammt. Hier würde ein Eheverbot nur sozial schaden, und ein Ehezeugnis, das aus dem einen oder anderen Grunde nicht ausgestellt werden könnte, würde an der tatsächlich schon bestehenden oder vollzogenen Ehe nichts mehr ändern.

Bei anderen ist die Ehe der höchste Ausdruck einer seelischen Gemeinschaft oder einer treuen Kameradschaft. Der Fortpflanzungsgedanke, ja das rein Körperliche, spielt in diesen Ehen kaum eine Rolle; und gerade bei dieser Eheform findet man oft die Vertreter der Intelligenz. Glaubt man da in der Tat durch das zwangsmäßige Ehezeugnis etwas Gutes stiften zu können? Die Ehe ist in erster Linie eine private und keine staatliche Angelegenheit, und es würde einen ungeheuren Eingriff in private Rechte des Einzelnen bedeuten, wenn sich der Staat zur Einführung des obligatorischen Ehezeugnisses entschließen wollte. Denn darüber muß man sich klar sein, daß die Einführung eines freiwilligen Ehezeugnisses von Staatswegen, wie Schubart es will, nur ein Provisorium schafft, dem nach kurzer Zeit das obligatorische Zeugnis folgen würde. Ein solches aber ist nicht nur vom rechtlichen Standpunkt aus unmotivierbar, es ist auch schädlich, da es, wie schon gesagt, die Zahl der Ehescheuen vermehren, und die Zahl der freien Verhältnisse vergrößern würde, und es würde nur das Gegenteil des Beabsichtigten eintreten, es würde keine Rassehygiene, sondern Rasseverschlechterung durch die große Zahl der unehelichen und sozial deshalb viel schlechter gestellten Kinder getrieben.

Wenn dagegen das Ehezeugnis freiwillig beigebracht werden kann, so würde die große Menge — und auf die kommt es vor allen Dingen an — von dieser Einrichtung absolut keinen Gebrauch machen. Man soll doch die Dinge sehen, wie sie wirklich sind. Der Mann aus dem Volke kennt sein Mädchen schon vor der Ehe, oft ist die eingetretene Schwangerschaft die Veranlassung zur Eheschließung, und alle Merkblätter und rassehygienischen Hinweise hinken in diesen Fällen nach. Diejenigen, die in der Regel für die Beibringung eines freiwilligen Ehezeugnisses in Betracht kommen, sind Angehörige der sogenannten besseren Stände; und auch heute schon veranlaßt in nicht seltenen Fällen ein ängstlicher Schwiegervater seinen Schwiegersohn, bei seinem Privatarzt die Beibringung eines ärztlichen Untersuchungsergebnisses in die Wege

zu leiten. Diese Freiwilligkeit besteht demnach schon lange ohne jeden Gesetzeszwang.

Und es muß noch vor einem Umstand gewarnt werden. In der Gesetzgebung[1]), besonders in den Ausführungsgesetzen und

[1]) Eine weitere Frage ist die Festsetzung eines **Termins**, zu dem das Ehezeugnis beigebracht werden soll oder muß; manche schlagen den Tag der Anmeldung beim Standesamt, andere den Tag der bürgerlichen Trauung vor.

Nun kommen Infektionen gar nicht so selten wenige Tage, ja sogar am Tage vor der Hochzeit vor; es ist äußerst schwierig, hier einen Termin festzulegen, zumal das Ehezeugnis nur bis zum Tage der Ausstellung gelten kann, denn schon wenige Stunden nach der Ausstellung des Zeugnisses kann eine Infektion erfolgt sein; der Untersuchungsgang für die Beibringung des Zeugnisses erfordert mehrere Tage.

Eine weitere Frage ist die **nach dem ausstellenden Arzte**; die Mehrzahl schlägt folgenden Gang vor: der Standesamtbeamte verweist das Paar nach der Anmeldung an einen beamteten „**Eheberater**", der in jedem Bezirk vorhanden sein müßte; dieser bespricht die rassehygienische-eugenetische Seite der Ehe und schickt das Paar zum Arzt. Viele schlagen den Hausarzt, der die jungen Leute von frühester Jugend an kennt, als Aussteller vor. Wir sind aus vielen Gründen gegen eine solche Regelung und würden für jeden Bezirk einen **beamteten**, oder doch für diesen Zweck amtlich autorisierten, **fachärztlich gründlich durchgebildeten**, mit den **notwendigen Hilfsmitteln und Instrumentarium** — über das ein Hausarzt in der Regel nicht verfügt — **versehenen Arzt** vor; seine Beamteneigenschaft und seine durch seine Stellung gewährleistete Uninteressiertheit sichern ihm eine gewisse Objektivität zu.

Eine andere Regelung erscheint uns verkehrt zu sein: die Kenntnisse und die Gewissenhaftigkeit der Ärzte, der Fach- und beamteten Ärzte sind grundverschieden. Ein autorisierter Facharzt wird viel eher als ein anderer Arzt ein Untersuchungsschema, das dem Gesetze genüge tun soll, innehalten, was von anderer Seite fast nie strikt befolgt werden würde.

Wenn in den folgenden Ausführungsbestimmungen Zeitbestimmungen gegeben sind, wann eine Geschlechtskrankheit als geheilt anzusehen ist, so sind sie als Mindestwerte anzusehen, die, weil sie ein **Ehezeugnis** anbetreffen nicht herabgesetzt, sondern eher heraufgesetzt werden müssen.

Noch sind die Ansichten über den Termin einer Heilung einer Gonorrhoe und einer Syphilis verschieden bei den verschiedenen Autoritäten; noch werden Symptome (Zeit der Infektion, ausreichende Kuren, absoluter Wert der WaR. usw.) verschieden bewertet, deshalb sind hier Mindestwerte angegeben; aber **Heilungstermine durch ein Gesetz festzulegen, erscheint uns bei einer Disziplin, die von Tag zu Tag neue Erkenntnisse bringt, als nicht möglich; was hier gegeben ist, sind Mindesttermine, unter die man auf keinen Fall heruntergehen darf.**

Wollte man einen anderen als einen beamteten Facharzt zur Ausstellung heranziehen, so wäre der Bestechlichkeit und der Nachgiebigkeit Tür und Tor geöffnet und es würde eine Bevorzugung solcher bald bekannt werdenden Ärzte seitens der Eheschließenden eintreten.

Eine neue Schwierigkeit ergibt sich, wenn **beide Eheschließende** krank waren. Eine Ehe kann die Übertragung auf die Nachkommenschaft zur Folge haben, ein Eheverbot eine Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten; was vorzuziehen ist, ist eine offene, nicht zu entscheidende Frage.

Wäre das Gesetz im **Schubart**schen Sinne ideal durchzuführen, so wären die Folgen: 1. Erschwerung der Eheschließungen und deren Folgen; 2. unbedingte Vermehrung der Geschlechtskrankheiten, was gerade verhütet werden sollte. Kommt der Arzt zu dem Entschluß, das Ehezeugnis verweigern zu müssen, so müßte er **das Recht eines Eheverbots von Gesetzes wegen** haben; das Eheverbot würde aber, wie schon gezeigt, nur verderbliche Wirkungen

Verordnungen wird zuviel Rücksicht auf die Verhältnisse der Großstädte, vor allen Berlins genommen. Nun ist aber die Moral und die durchschnittliche Lebensauffassung auf dem Lande und in den kleinen und mittleren Städten eine wesentlich andere. Deshalb kann man unmöglich für Berlin und da wiederum für besondere Stände ein Ehezeugnisgesetz machen, eine besondere neue juristische Fassung des Eherechtes formulieren, die keineswegs dem Bedürfnis und der Lebensauffassung der Mehrheit der Bewohner des Reichs entspricht.

Es ist auch nicht angängig, wie Schubart will, das Ehezeugnis zunächst nur auf Männer gesetzlich auszudehnen, während die Frauen verschont bleiben sollten, und dies lediglich deshalb, weil wie Schubart meint, eine Menge noch unmündiger Mädchen heirateten, von denen der Vormund ein Gesundheitszeugnis des Ehewerbers zu verlangen die Pflicht hätte. Hiergegen ist einzuwenden: Erstens heiraten bei weitem weniger unmündige Frauen, als Schubart wähnt; bekanntlich ist das Heiratsalter durch die besonderen sozialen Zustände um nicht weniges bei beiden Geschlechtern heraufgesetzt. Und es gibt doch eine Menge Frauen und Mädchen in der Großstadt, und seit dem Kriege nicht bloß in ihr, die in jungen Jahren und gar nicht so selten in der Zeit ihrer Unmündigkeit eine Geschlechtskrankheit erworben haben. Es ist irrig zu glauben, daß eine so gut wie unheilbare Cervixgonorrhoe nicht ansteckt, oder daß im Sinne des Ehezeugnisses das Überstandenhaben einer Adnexgonorrhoe mit dem Ausgange völliger Unfruchtbarkeit bedeutungslos ist, und von der Syphilis kaum zu reden. Die Syphilis des Mannes und der Frau haben gerade vom rassehygienischen Standpunkte aus wesentliche Unterschiede. Wenn ein Mann eine Syphilis hat gut behandeln lassen und der Arzt sagt ihm, du kannst jetzt heiraten, so ist die Nachkommenschaft von seiner Seite aus kaum je gefährdert. Er bekommt höchstens seine Paralyse oder seine Tabes und das ist körperlich

---

haben. Wenn aber dem Arzte nicht ein Eheverbot von gesetzeswegen zustehen soll, wozu dann erst die Schaffung eines doch nicht durchzuführenden Ehezeugnisses mit dem dazu gehörenden Beamtenapparat, wo doch eine Eheberatung, eine folgerichtige sexuelle Erziehung und eine richtige Aufklärung durch Merkblätter Genüge tut; der Eheschließende muß seine Handlung selbst verantworten, zumal es doch außer Geschlechtskrankheiten noch manche andere Krankheit gibt, z. B. Tuberkulose, Diabetes, Krebs, Bluterkrankheit, Geisteskrankheit usw., die gegen Eingehung einer Ehe sprechen.

Die Kostenfrage der nicht unerheblichen, aus dem Untersuchungsgange für das Ehezeugnis erwachsenen Unkosten wäre besonders zu regeln, da die Masse der Bevölkerung außerstande wäre, diese Summe zu bezahlen.

wirklich seine Sache; die Frau würde höchstens von den wirtschaftlichen Folgen betroffen. Die Frau dagegen, der man nicht so ohne weiteres die Versicherung der Heilung geben kann, weil sie zwar vielleicht nach der Behandlung frei von äußeren Erscheinungen bleiben wird, aber die Nachkommenschaft immer gefährdet ist, hat eine Syphilis, die in rassehygienischer Hinsicht von viel größerer Bedeutung ist.[1]) Und da will man den Mann zugunsten der Frau mit dem Ehezeugnis reglementieren.

Für den Laien — das sind alle nicht medizinisch durchgebildeten Menschen — besonders für die Frauen, aber auch für den nicht mit der Materie genügend vertrauten Arzt klingt es einfach und notwendig, durch ein Ehezeugnis die schlechten von den guten zu scheiden. Die Verhandlungen der Berliner Gesellschaft für Rassehygiene und der Berliner Sexualwissenschaftlichen Gesellschaft haben zur Genüge gezeigt, daß sich gegen das Ehezeugnis manches, ja sogar sehr viel sagen läßt.

Wenn die Menschheit reif, gut und leicht leitbar wäre, dann könnte natürlich gegen die staatlich geforderte Beibringung eines Ehezeugnisses etwa bei der Anmeldung beim Standesamt nichts eingewendet werden. Da nun aber die Menschen anders sind, ganz anders sind, und statt des guten ein schlechter Erfolg zu erwarten ist, so fanden sich nur sehr wenige Verteidiger dieser Idee. Heller hat bereits in einer Arbeit auf das Ehezeugnis zum Zwecke der Feststellung der Nichtinfektiosität und seine schlechten Folgen hingewiesen, wenn es von Leuten verlangt wird, die gar nicht die Absicht der Heirat haben, sondern in dem Ehezeugnis lediglich eine Selbstsicherung sehen (vgl. diese Zeitschrift Bd. 19, S. 273).

Es läßt sich gar nichts dagegen sagen, daß durch Aufklärung und Erziehung auf die Wichtigkeit hingewiesen wird, vor Eingehen der Ehe sich selbst und den Ehepartner auf Ehetauglichkeit untersuchen zu lassen. Wer mit der Volksseele auch nur einigermaßen vertraut ist, weiß, daß nur die Gewissenhaften derartiges von sich, von dem andern Teil verlangen werden. Die große Masse wird die praktische Ehe schon vor der Eheschließung vollzogen haben, und bereits vorhandene Kinder oder im Werden begriffene Nachkommenschaft entheben die Erzeuger der gewissenhaften Beantwortung der Frage, ob sie ehetauglich sind oder nicht. Sollte tatsächlich die Suggestion dieser Idee so stark werden, daß

[1]) Vgl. Arbeit Dr. L. Kleeberg, Syphilis und Ehe. Med. Klinik 1921. Nr. 32.

man sich zu einem Ehezeugniszwang im Schubartschen Sinne entschließt, so werden die weiter vorher angedeuteten Folgen nicht ausbleiben und Eheflucht und freie Liebe anwachsen. Wie dem auch sei, ob Zwang oder Freiwilligkeit: der rein medizinisch-hygienische Teil dieses Zeugnisses — das sind die Ausführungsbestimmungen — kann nicht hoch genug angeschlagen werden. Hängt doch von einer solchen ärztlichen Feststellung der Nichtinfektiosität das Wohl und Wehe einer ganzen Familie ab. Man muß vor Augen haben, daß dieses Ehezeugnis gar nicht für den Nachsuchenden, sondern für den anderen Teil bestimmt ist, der sich nun auf das von dem Arzt ausgesprochene Urteil verläßt. Es würde das Ansehen des ärztlichen Standes ungemein schädigen, wenn in den Ausführungsbestimmungen irgendwelche Kompromißmöglichkeiten vorhanden wären, und wenn sie etwas vermissen ließen, was an Feststellungsmöglichkeiten nach den neuesten wissenschaftlichen Ergebnissen ausführbar ist.

In den vorangegangenen Ausführungen ist nicht wenig gegen das Ehezeugnis gesagt worden; wenn es aber trotzdem durchgeführt wird, dann kann der Gang der Untersuchung nicht straff und ernst genug sein. Die Ausführungsbestimmungen müssen derart sein, daß sie dem Arzt ein Schema geben, nach dem er sich richten muß.

Da die von uns verlangten Vorschriften im Ehezeugnis sich nur auf Geschlechtskrankheiten erstrecken sollen, so sei in folgendem der Versuch gemacht, den Entwurf solcher Ausführungsbestimmungen zu skizzieren. Es muß nochmals betont werden, daß die ganze Wucht und Schwere der Verantwortung vom menschlichen und juristischen Standpunkt aus den Arzt trifft, der das Zeugnis ausstellt. Unter dieser Voraussetzung müssen die folgenden Forderungen betrachtet werden.

Ausführungsbestimmungen für die Erteilung des Einheitszeugnisses.

Vorschriften für den Arzt für die Feststellung, daß der das Einheitszeugnis Nachsuchende frei von einer ansteckenden Gonorrhoe, Ulcus molle (weicher Schanker) und Syphilis ist.

Allgemeines: „Die Erteilung des Einheitszeugnisses ist lediglich abhängig zu machen von dem Untersuchungsergebnis. Auf die Angaben des Zeugnis-Nachsuchenden über nicht gehabte Geschlechtskrankheiten ist kein Gewicht zu legen.“[1])

[1]) Es besteht die Gefahr, daß der Zeugnis Nachsuchende mit der Absicht zum Arzt kommt, ihm das Bestehen oder das Überstandenhaben einer Ge-

Gonorrhoe.

Die Untersuchung hat sich zu erstrecken:

1. auf das Nichtvorhandensein einer ansteckenden Gonorrhoe;
2. auf das Nichtvorhandensein sozial schädlicher Folgeerscheinungen der Gonorrhoe.

I. Allgemeines. Da der Arzt nicht feststellen kann ob vorher eine Gonorrhoe vorhanden gewesen ist, muß er in jedem Falle alle für die Untersuchung erforderlichen Untersuchungsvorschriften ausführen.

A. Untersuchungsvorschrift für Männer.[1])

a) Systematische Untersuchungen.

1. Anfertigung und mikroskopische Untersuchung eines Gonokokkenpräparates aus dem Morgensekret vor dem ersten Urinlassen.

---

schlechtskrankheit bewußt zu verheimlichen. Es besteht auch die Möglichkeit, daß der Ehewerber in Unkenntnis über eine früher durchgemachte Geschlechtskrankheit ist, und deshalb trotz Bestehens einer Ansteckungsmöglichkeit oder der Übertragungsmöglichkeit auf die Nachkommenschaft mit bestem Gewissen eine Geschlechtskrankheit negieren kann, und es besteht eine dritte Möglichkeit: Der Kranke befindet sich noch in Behandlung. Er hat ein seronegatives **und** erscheinungsfreies Stadium erreicht. Er ist zwar zur Zeit nicht ansteckend und frei von ansteckenden Erscheinungen, aber ein Rezidiv ist möglicherweise zu erwarten. Er ist also ohne weiteres imstande, in seinen Aussagen einen bewußten Täuschungsversuch vorzunehmen.

Gegen diese Möglichkeiten kann sich der das Zeugnis ausstellende Arzt nur schützen, wenn er keinerlei Gewicht auf die ihm gemachten Aussagen legt, und sich lediglich auf die Ergebnisse seiner nicht gewissenhaft genug anzustellenden Untersuchungen stützt.

Es ist nicht angängig, bei der so verschiedenartigen Ausbildung der Ärzte und bei der so schwierigen Kenntnis aller der Methoden, die notwendig sind oder sein können, um das Bestehen einer Geschlechtskrankheit oder das Freisein von ihr festzustellen, den Ärzten eine willkürliche Anwendung der verschiedenen Feststellungsmethoden zu überlassen. Man muß auch an die schwierigen Zustände auf dem Lande und den kleinen Städten denken. Darum muß sozusagen ein Untersuchungsparadigma aufgestellt werden, nach dem sich jeder Arzt so richten kann, daß er nach Durchführung der einzelnen Punkte sich mit bestem Gewissen sagen kann, er habe alles getan, was zu tun nötig war, um als Arzt das Freisein von ansteckenden Geschlechtskrankheiten zu bescheinigen. Nur innerhalb der einzelnen Untersuchungspunkte kann eine Variation der Untersuchungsarten zugestanden werden. Der ausstellende Arzt, der einem Ehewerber ein Zeugnis gibt, lädt durch die Ausstellung dieser Bescheinigung eine ungeheure Last auf seine Schultern. Hier wäre es deshalb verkehrt, nur um der Durchführung einer Idee zum Siege zu verhelfen, Kompromißmöglichkeiten zu schaffen. Ein Nachgeben auch bei nur einem einzigen Punkte der nachfolgenden Ausführungsbestimmungen kann das Glück einer ganzen Familie zerstören und zum andern wird der das Zeugnis ausstellende Arzt haftpflichtig. Auf ihn kann bei Ehescheidungen, die durch das Bestehen von Geschlechtskrankheiten oder durch Folge von Geschlechtskrankheiten indirekt eingeleitet werden, nach Ausstellung des Ehezeugnisses zurückgegriffen werden.

[1]) Ein Gesetz, das nur den männlichen Teil der Bevölkerung trifft, ist zwecklos, da 50% der Eheschließenden dadurch von dem Gesetz befreit sind.



2. Mikroskopische Untersuchung der Urinfäden; bei verdächtigem Kokkenbefund Anwendung der Gramfärbung.[1])

3. Untersuchung der vorderen Harnröhre auf infiltrierte Stellen (Knopfsonde, wenn möglich große Nummern, und Endoskop).

4. Untersuchung und Ausquetschung der Prostata, der Samenblasen und der Cowperschen Drüsen.

a) nach Entleerung der Blase (alle bisherigen Untersuchungen können mit Einverständnis des Patienten in einer Sitzung vorgenommen werden).

b) vor Entleerung der Blase.

Diese beiden, zeitlich wenigstens 3 Tage auseinanderliegenden Untersuchungen können in den ersten Untersuchungstag hineingenommen werden, wenn nach Entleerung des Urins die Blase mit einer indifferenten Lösung (Borsäurelösung 1—3%) wieder gefüllt wird.

c) Mikroskopische Untersuchung des heraustropfenden Prostatasekrets.

d) Mikroskopische Untersuchung der Filamente der ersten Urinportion oder der Spülflüssigkeit nach der Prostatamassage.

e) Mikroskopische Untersuchung der weißlichen Häkchen, der durchsichtigen oder getrübten Gallertmassen (Samenblasensekret) in der zweiten Urin- oder Spülwasserportion.

Bei Nichtvorhandensein grobsichtbarer Filamente, aber vorhandener Trübung der Spülflüssigkeit oder des Urins mikroskopische Untersuchung des Zentrifugats.

5. Derselbe Untersuchungsgang 3 Tage später.

Bei dieser Untersuchung ist es ratsam, Knopfsonden oder Endoskop auszulassen und dafür mit Wasserstoffsuperoxyd etwa festhaftende Drüsenausfüllungen der vorderen Harnröhre herauszubefördern.

6. Eventuell öftere Wiederholung bei zweifelhaften Fällen.

7. Kultur.

b) Provokatorische Maßnahmen.[2])

Allgemeines. Da die Gonokokken nicht selten in den drüsigen Gebilden des Urogenitalsystems tief verkapselt sitzen, genügt die syste-

---

[1]) Gramfärbung. Die fixierten Ausstrichpräparate werden etwa 5 Min. in Anilingentianaviolett gefärbt (gesättigte alkoholische Gentianaviolettlösung 10 Teile, Anilinwasser 90 Teile, nicht haltbar, stets frisch zu bereiten) oder Methylviolett 1,0 Alaun 10,0,, Aqua dest. 100 (haltbar), Abgießen der Farblösung; ohne vorherige Wasserabspülung Lugol (Jod 1,0, Kal. Jodat. 2,0, Aq. dest. 300); Abgießen dieser Lösung nach 1 Min., wiederum ohne vorherige Wasserabspülung Entfärbung in absolutem Alkohol solange, bis keine Farbwolken mehr abgehen (1—2 Min.). Abspülen des Präparates mit Wasser; Kontrastfärbung etwa Bismarckbraun, oder Eosin oder Fuchsin. Gonokokken braun bzw. rot. Es ist empfehlenswert, auf demselben Objektträger sicher grampositive Kokken aus der Kultur und sicher gramnegative Stäbchen (Kolibazillen) aus der Kultur aufzustreichen, um eine zweifelsfreie Kontrolle für die Güte der Färbung zu haben.

[2]) Auf die provokatorischen Maßnahmen kann nicht verzichtet werden, weil eine Gonorrhoe erst dann mit einiger Sicherheit als nicht vorhanden oder



matische Untersuchung allein nicht und es muß durch Reizmaßnahmen versucht werden, alte Herde zu entleeren.

1. Chemische Reizmaßnahmen. Diese sind nicht genau dem Arzt vorzuschreiben, sie bestehen aus:

a) Injektion von einer auf $^1/_5$ verdünnter Lugolscher Lösung, $^1/_2$ Minute in der Harnröhre zu belassen,
b) oder Spülung der Urethra mit Argentum nitricum-Lösung bis 1:1000,
c) oder Argentum nitricum-Instillation mit dem Guyonschen Katheter oder der Ultzmannschen Spritze von $^1/_4$% bis 2% steigend, mit Pausen von je 3 Tagen.

Das durch die Provokation erzeugte Sekret ist an 2 auf die Provokation folgenden Tagen wie oben auf Gonokokken zu untersuchen.

2. Mechanische Reizungen. Unter den verschiedenen Methoden der mechanischen Reizung (starke Knopfsonde[1]) Otissches Urethrometer, elastisches Bougie und Stahlsonden, aufschraubbare Dehner) ist die Aufschraubung der Harnröhre mit dem 4—6teiligen Kollmannschen Dehner diejenige Methode, welche von allen Reizmaßnahmen die häu-

---

als geheilt anzusehen ist, wenn auch auf Reizungen keinerlei Rezidive mehr auftreten und der Arzt sich durch den Ausfall der Reizungsreaktionen einwandsfrei durch den mikroskopischen Befund davon überzeugt hat, daß der zu Untersuchende keinerlei Ansteckungskeime beherbergt.

Durch die Provokationen wird vorübergehend das Genitalorgan mit seinen Adnexen in einen Zustand akuter Entzündung gebracht. Mit dieser Entzündung geht eine Auflockerung des hyperämischen Gewebes einher, wodurch sonst nicht zugängliche Herde wieder frei werden, dadurch ein neues Aufflackern des alten Krankheitsprozesses bedingen.

Gewiß wird manchem die für den Gang der Untersuchung erforderliche Zeit, die mehrere Tage in Anspruch nimmt, hinderlich und beschwerlich vorkommen. Doch dürfte diese Zeitspanne keine Rolle spielen, da doch die beabsichtigte eheliche Bindung sich auf ein ganzes Menschenleben erstrecken soll. Die Provokation ist notwendig, um klarzustellen, ob ein alter Harnröhrenkatarrh, bei dem nie Gonokokken gefunden, nicht doch ein latenter Tripper ist. Andere eitrige Katarrhe können durch diese Untersuchungsmaßnahme, nachdem sie vorher dem Träger selbst als verdächtig erschienen, als unschädlich klargestellt werden. Die Provokationen bestehen aus mechanischen, chemischen und biologischen Reizungen. Es kann hier nicht heißen, eine **oder** die andere, sondern es muß heißen: die eine **und** die andere. Versagt die eine Methode, so bringt vielleicht die 2. oder die 3. das gesuchte Resultat. Es ist wichtig, den Untersuchungsgang der provokatorischen Untersuchungsmaßnahmen in der hier gegebenen Reihenfolge anzuwenden. Es ist bei den biologischen Reizungen, z. B. beim Gonargin wichtig, die Injektionen in steigender Dosis und Abständen von fünf Tagen so lange fortzusetzen, bis durch Temperatursteigerung der Körper auf die Reizung reagiert. Bei der Bewertung der Provokationsergebnisse kann nicht genügend Kritik empfohlen werden. Ist z. B. vor einiger Zeit ein Tripper als geheilt erklärt worden, so muß zum Schluß der Behandlung ein Zwischenraum von mindestens 6 Wochen liegen, ehe man mit zuverlässigen Ergebnissen der Provokation rechnen kann.

[1]) Die Anwendung der Knopfsonden, besonders der großen Nummern ist notwendig, um die in den Infiltraten der Schleimhaut und in den Harnröhrendrüsen sitzenden und sonst schwer erreichbaren Gonokokken zu reizen und damit der Untersuchung zugänglich zu machen.

Die Ausquetschung der Prostata, der Samenblase und der Cowperschen Drüsen müssen aus gleichem Grunde vorgenommen werden.



figsten positiven Ergebnisse für die Wiedererweckung der Gonorrhoe gibt.

Auf diese Methode kann bei gründlicher Untersuchung nicht verzichtet werden, obwohl sie bei reizbaren Harnröhren oft langdauernde Reizzustände hinterläßt.

3. Biologische Reizungen. Intravenös zu injizierende Gonokokkenvakzine oder Milch intrakutan, subkutan oder intramuskulär. Fiebersteigerung von 1^0 bis $1^1/_2{}^0$ oder noch mehr, nicht beweisend, sondern nur in den nächsten Tagen wiederaufflammender gonokokkenhaltiger Ausfluß (mikroskopischer Nachweis).

Gefahr des Aufflammens alter Gelenks- und Prostataherde.

B. Untersuchungsvorschrift für Frauen.

a) Systematische Untersuchung.

1. Entnahme und mikroskopische Untersuchung des Urethralsekrets, das mit Aschschem Löffel gewonnen sein muß. Öse genügt nicht.
2. Mikroskopische Untersuchung des Sekrets der Skeneschen Gänge, durch Ausdrücken mit dem Finger zu gewinnen.
3. Mikroskopische Untersuchung des Sekrets der Bartholinischen Drüsen.
4. Mikroskopische Untersuchung des Sekrets eventuell vorhandener perivulvärer Gänge.
5. Mikroskopische Untersuchung des Sekrets des Rectums.
6. Mikroskopische Untersuchung des Vaginalsekrets.
7. Mikroskopische Untersuchung des Zervix-Sekrets. Hierbei ist folgenderweise zu verfahren:

Einführung des am besten zweiblättrigen Spekulums. Abwischen des Vaginalsekrets und des Schleimpfropfs vor dem Orificium uteri. Entnahme mit Kornzange oder stumpfem Löffel tief aus dem zervikalen Schleimpfropf heraus. Herstellung der Präparate. Beim Fund verdächtiger intrazellulärer Kokken im ersten Präparat Färbung des zweiten nach Gram.[1])

b) Provokatorische Maßnahmen.

An Reizmaßnahmen kommen bei Frauen nur die biologischen Reizungen in Betracht.

Gefahr des Wiederaufflammens alter Adnexherde.

II. Bei negativem Ausgang aller vorangegangenen Untersuchungen Feststellung des Fehlens von sozial bedeutsamen Folgeerscheinungen der Gonorrhoe.

a) Beim Mann:

Strikturen und Infiltrate der vorderen Harnröhre, auf deren Reizung kein Wiederaufflackern der Gonorrhoe erfolgt, sind ohne Bedeutung.

[1]) Bei erhaltenem Hymen wird auf die Spekulum-Einführung usw. verzichtet werden müssen. Einmalige Zervixuntersuchung mit negativem Resultat beweist nichts; es ist mindestens zu verlangen, einmalige Untersuchung im Beginn und am Ende der Menses, am besten wird mehrfach untersucht.



Notwendig ist die Untersuchung auf das Vorhandensein lebender Spermatozoen, erforderlich auch die Untersuchung auf Azoospermie und Nekrospermie (Potentia generandi). Diese Feststellungen sind nur möglich an frisch gewonnenem Sperma.

Feststellung von Mißbildungen (Epispadie, Hypospadie).

Achtung auf Eitergehalt des Spermas.

Achtung auf Tuberkulose des Hodens und der Prostata.

b) Bei der Frau:

Untersuchung und Beachtung von Adnexerkrankungen, Achtung auf Fehlen der Adnexe, Befragen auf verstümmelnde Operationen, auf Fehlen der Menses, Beachtung von Mißbildungen, Rektalstrikturen.

Dieser Teil II, die „Feststellung des Fehlens von sozial bedeutsamen Folgeerscheinungen der Gonorrhoe" wird von den Verfechtern der Ehezeugnisidee in seiner Wichtigkeit unterschätzt. Wenn man darauf verzichtet, festzustellen, ob beim Mann nach durchgemachter Gonorrhoe oder auch als Folge anderer Ursachen die Potentia generandi z. B. fehlt, so ist es wahrhaft leicht, Rassenhygiene zu treiben; der Arzt, der ein Ehezeugnis ausstellt, muß u. E. noch die unter II genannten Untersuchungen anstellen; nicht nur Geschlechtskrankheiten, auch ihre Folgeerscheinungen, z. B. Unfruchtbarkeit oder die Wahrscheinlichkeit der Unfruchtbarkeit können gegen eine Ehe sprechen.

Die durch Gonorrhoe verursachten Adnexerkrankungen sind u. E. unheilbar oder im besten Falle unsicher heilbar. Bei Vorhandensein einer solchen Erkrankung besteht die Gefahr und die Wahrscheinlichkeit der Übertragung. Es muß deshalb festgestellt werden, welcher Art die Adnexerkrankung ist.

Alle anderen, nicht durch eine Geschlechtskrankheit verursachten Mängel können Ehehindernisse abgeben; vom rassehygienischen und eugenetischen Standpunkte aus müssen sie vom Arzte beachtet und bewertet werden und ihm die Pflicht auferlegen, die Bedeutung der betreffenden Erscheinung für die Ehe dem Ehewerber bekanntzugeben und ihm eventuell das Ehezeugnis, d. h. die Ausstellung eines Ausweises für Ehetauglichkeit zu verweigern.

Ulcus molle.

Ein Ulcus molle muß gut geheilt, Bubonen dürfen nicht vorhanden sein. Nach dem Beginn des Ulcus molle müssen mindestens 3 Monate vergangen und dann die Wassermannsche Reaktion negativ sein.

Beachtung eines leicht zu übersehenden Ulcus molle in der Urethra des Mannes, oder im After (Analfalten) der Frau.

Syphilis.

Bei der Syphilis muß im voraus bemerkt werden, daß sich ein ärztliches Ehezeugnis einerseits mit der Ansteckungsgefahr, dann aber vor allem mit der Ansteckungsmöglichkeit befassen muß; prinzipiell kann jeder Syphilitiker, der virulente Spirochäten beherbergt, in besonderen Fällen zur Ansteckungsquelle werden; einen Nachweis dafür, ob ein Syphilitiker nach der Behandlung noch Spirochätendepots in sich birgt, zu erbringen, ist bisher unmöglich.

Der Arzt, der einen Syphilitiker behandelt, damit der Kranke erscheinungsfrei wird und später nach ausreichender Behandlung als geheilt erklärt werden kann, muß vor allem die Ansteckungsgefahr im Auge haben; er muß den Kranken als Ansteckungsquelle ausmerzen und muß den Gesunden vor dem Kranken schützen.

Der Ehezeugnisse ausstellende Arzt muß außerdem noch jede Ansteckungsmöglichkeit berücksichtigen, da er außer auf den Ehebewerber noch auf den Ehepartner und die Nachkommenschaft zu achten bzw. Rücksicht zu nehmen hat.

Er hat zu beachten, ob sich der Ehewerber, der früher eine Lues durchgemacht hat, im Stadium der Frühlues oder Spätlues befindet, ob er sich im klinisch latenten, serologisch latenten oder klinischserologisch latenten Zustande befindet.

Ganz besonders muß die Möglichkeit der Übertragungsgefahr auf die Nachkommenschaft erwogen werden; die Nachkommenschaft kann die Ursache für einen neuen Circulus vitiosus abgeben.

Deshalb muß sich der Arzt über die Daten der Infektion oder der Frühsymptome genau unterrichten; ist dies, wie nicht selten, unmöglich, so muß er in schwierigen Fällen durch genaue Erforschung vorausgegangener Behandlung, aus dem Alter des Patienten, aus Form und Sitz von Krankheitserscheinungen und aus der Seroreaktion über die Gefahr der Ansteckungsmöglichkeit entscheiden.

Wegen der Gefährdung im ehelichen Leben, wegen der langen Dauer der plazentaren Übertragungsfähigkeit müssen alle Termine, die sonst für das Geheiltansehen einer Lues angegeben werden, um mindestens 1 Jahr hinausgeschoben werden.

Die Untersuchung setzt sich zusammen:

I. aus einer systematischen körperlichen Untersuchung des Ehewerbers.

a) Notwendig ist das Freisein von äußeren Erscheinungen. Dazu erforderlich ist: Untersuchung von Haut, sichtbaren Schleimhäuten, Genitalgegend und After.[1])

b) Bluntuntersuchung.

Anstellung der Wassermannschen Reaktion und der Blutuntersuchung nach Sachs-Georgi. Beide Resultate müssen negativ und wiederholt in einem staatlich anerkannten Institut angestellt sein.

c) Beachtung der Behandlung früher wegen Lues Behandelter.

Nachzuweisen ist in diesem Falle:

1. Freisein von allen äußeren syphilitischen Erscheinungen wie bei 1a.
2. Mehrfache Behandlung bis ein
3. dauernd WaR — (negatives) Stadium erreicht ist.
4. Ein Spatium von wenigstens 5 Jahren, gerechnet vom Infektionstermin ab und
5. ein Spatium von mindestens 2 Jahren seit dem letzten Auftreten von ansteckenden Erscheinungen.[2])

---

[1]) Narben sind zu beachten, besonders Genitalnarben und Narben, die auf spätsyphilitische Geschwüre verdächtig sind, zu beachten sind ferner das Leukoderm (= sicheres Zeichen einer Lues, und zwar wahrscheinlich einer Lues im infektionsmöglichen Stadium, meistens von höchstens 3 Jahren Bestand) und Reste von spezifischem Haarausfall; ferner multiple geschwollene Drüsen, Sarkocele.

Auch die unverdächtigst aussehenden Erosionen am Genitale und Mund müssen auf Spirochäten untersucht werden (Untersuchung im Dunkelfeld).

[2]) Bei nie WaR. + (positiv) gewordener Lues, die abortiv mit Salvarsan behandelt ist, genügen nach der Ansicht vieler Autoren 2 Jahre Karenz; doch sind die Ansichten darüber noch so geteilt, daß der vorsichtige Arzt an dem Verlangen nach 5jähriger Karenz festhalten wird. Vorbedingung für die Annahme einer wirklich WaR. — (negativ) gebliebenen Primärlues ist, daß in den ersten 3 Monaten die WaR. mindestens 1mal wöchentlich angestellt wurde; ein ärztlich bestätigter Nachweis ist in diesem Fall beizubringen.



d) Beachtung etwa vorhandener Venenpunktionsnarben in den Ellenbeugen, Quecksilbereinspritzungsinfiltraten am Gesäß, Schröpfkopfnarben.

II. Aus einer eidesstattlichen Versicherung des Ehewerbers.

Der Revers hat folgenden Wortlaut:

Hierdurch erkläre ich an Eidesstatt durch meine Unterschrift, daß ich alle Fragen des Arztes heute nach Pflicht und Gewissen und in Erkenntnis der Bedeutung dieses Zeugnisses wahrheitsgemäß und erschöpfend beantwortet habe und nichts verschwiegen habe, was für die Ausstellung dieses Zeugnisses von grundlegender Bedeutung ist.

Ich erteile die Ermächtigung zur Nachprüfung und Verwertung der von mir gemachten Angaben bei den von mir und von meiner Familie in Anspruch genommenen Ärzten, bei Behörden, Pfarrämtern oder sonst als geeignet erscheinenden Stellen wie Krankenkassen, Beratungsstellen und Krankenhäusern. Ich erteile für jetzt und später die Ermächtigung, daß alle Ärzte, die mich behandelt haben oder untersucht haben, befragt werden, ich entbinde ausdrücklich diese Ärzte, Beamte und beamteten Behörden von der Schweigepflicht und willige ein, daß sie die nachgesuchte Auskunft ohne Rückhalt erteilen.

Datum. Unterschrift.

Besonders gegen die eidesstattliche Versicherung des Ehewerbers wird als außerordentliche Erschwerung des Ehezeugnisses Sturm gelaufen.

Die Praxis lehrt, daß Syphilitiker nicht selten bewußt die Unwahrheit sagen; ein syphilitischer Kandidat wird mehr oder weniger befangen, mehr oder weniger oft versuchen, den Arzt zu täuschen und dies ganz besonders in den Fällen von Frühsyphilis, in denen er sich in einer seronegativen und symptomfreien Periode befindet.

Der Arzt hat ein Recht darauf, vor dem Gesetz gesichert zu sein; er kann sein Zeugnis nur auf Grund der Untersuchungsergebnisse des Status praesens abgeben. Er ist leicht zu täuschen, da ein Syphilitiker zeitweilig sich in einem seronegativen und symptomfreien Zustande befinden kann.

Der hier vorgeschlagene Revers, der etwa den von den Lebensversicherungsgesellschaften aufgestellten Reversen entspricht, und der bei Abschluß einer Lebensversicherung unbeanstandet unterschrieben zu werden pflegt, ist beim Ehezeugnis von noch größerer Bedeutung als bei Abschluß einer Lebensversicherung. Bei letzterer tritt im ungünstigsten Falle eine materielle Schädigung einer Gesellschaft ein, beim Ehezeugnis handelt es sich um das Schicksal einer Familie, um die Zukunft einer neuen Generation.

Die eidesstattliche Versicherung enthebt den Arzt der Verantwortung, wenn er von einem Ehebewerber belogen und getäuscht worden ist. Der Revers verleiht dem Ehezeugnis die Form eines schwerwiegenden Dokuments und er lädt alle Verantwortung für eine falsche Aussage dem Ehekandidaten auf. Der ausstellende Arzt hat Anspruch auf den Revers, damit er in Ehescheidungsfällen, die das Ehezeugnis als Unterlage verwenden und in denen der ausstellende Arzt haftpflichtig gemacht werden soll, einen gesetzlichen Rückhalt findet.

III. Aus einer auf dem Einheitszeugnis abgedruckten Belehrung darüber, daß

1. eine Gewährleistung für das Freibleiben

von nichtinfektiösen, späteren syphilitischen Nachkrankheiten, tertiärer Hautsyphilis, Krankheiten innerer Organe, besonders des Nervensystems und bei Frauen von syphilitischer Nachkommenschaft durch das Einheitszeugnis nicht ausgesprochen wird, zumal die Familie durch ein syphilitisches Kind gefährdet bleibt.



IV. Aus einer eventuellen Lumbalpunktion mit Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit nach den bekannten Methoden bei allen denen, die bezüglich der Tabes und der Paralyse eine gewisse Sicherung erreichen wollen; diese Untersuchung kann vom 3. Jahre an seit Beginn der Lues erfolgen.

V. Aus einer Belehrung über die Wahrscheinlichkeit syphilitischer Nachkrankheiten bei allen, deren WaR nach den 5 Jahren seit Beginn der Lues noch positiv (+) ist, sowie für die, die sogenannte kongenitale syphilitische Stigmata (Hutchinsonsche Trias, Tibiaverkrümmungen, strichförmige Narben im Gesicht, besonders um den Mund herum) aufweisen.

Diese Punkte sind jedoch für die Infektiosität der Lues ohne Bedeutung.

Die im Einheitszeugnis bescheinigte Nichtinfektiosität gilt nur bis zum Tage der Ausstellung des Einheitszeugnisses.

(Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig.
Direktor: Prof. Dr. Rille.)

Statistik der venerischen Erkrankungen an der Leipziger Hautklinik in den Jahren 1911—1919 und ihre Beeinflussung durch den Krieg.

Von

Dr. **Kornelius Langowski.**

(Schluß.)

Die nächsthäufigste Erkrankung ist die Lues. 2636 syphilitische Frauen sind behandelt worden und außerdem 374 mit Lues latens, also insgesamt 3010. Etwa sieben Zehntel davon gehören dem sekundären Stadium an. Die Zunahme und das prozentuelle Verhältnis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten zeigt folgende Tabelle:

1903: 287 = 63,39%	1911: 333 = 59,67%
1904: 291 = 60,24 „	1912: 328 = 49,10 „
1905: 310 = 66,95 „	1913: 396 = 47,60 „
1906: 318 = 61,86 „	1914: 390 = 51,25 „
1907: 309 = 61,43 „	1915: 301 = 42,57 „
1908: 280 = 53,74 „	1916: 387 = 48,01 „
1909: 282 = 60,25 „	1917: 304 = 55,78 „
1910: 402 = 57,25 „	1918: 248 = 42,91 „
	1919: 323 = 32,53 „

Wegen Lues sind zweimal und öfter aufgenommen:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
zweimal . . .	40	35	66	43	27	49	41	25	39	365
dreimal . . .	6	14	19	16	19	24	26	13	10	147
viermal . . .	—	—	3	5	3	8	5	2	3	30
fünfmal . . .	—	—	1	2	1	—	2	1	2	9
achtmal . . .	1	—	—	—	—	—	—		—	1



Der weiche Schanker nimmt die letzte Stelle in der Frequenz ein. Die absoluten Zahlen und das Verhältnis bringt die folgende Tabelle:

1903:	80 = 17,42%	1911:	28 = 5,02%
1904:	87 = 18,01 ,,	1912:	42 = 6,29 ,,
1905:	69 = 14,90 ,,	1913:	26 = 3,12 ,,
1906:	79 = 15,36 ,,	1914:	44 = 5,78 ,,
1907:	61 = 12,15 ,,	1915:	51 = 7,21 ,,
1908:	95 = 18,23 ,,	1916:	53 = 6,57 ,,
1909:	56 = 11,96 ,,	1917:	14 = 2,57 ,,
1910:	40 = 5,96 ,,	1918:	25 = 4,32 ,,
		1919:	113 = 11,38 ,,

Ganz auffallend haben die Schankerfälle im Jahre 1919 zugenommen, wo sie auf eine bisher noch nicht erreichte Höhe von 113 emporschnellen.

Das absolute Verhältnis der drei Geschlechtskrankheiten zueinander in den einzelnen Jahren bringen folgende Figg. 5 u. 6:

Die Kurven zeigen das prozentuelle Verhältnis an. Anders wie bei den Männern nimmt hier die Gonorrhoe im Verhältnis zu den übrigen Geschlechtskrankheiten ständig zu. Die Lues zeigt unregelmäßige Schwankungen, im allgemeinen doch eine abnehmende Tendenz. Das Ulcus molle, das bis zum Kriegsausbruch ständig abgenommen hat, ist während des Krieges etwas gestiegen, um seit 1918 wieder häufiger zu werden. Durch-

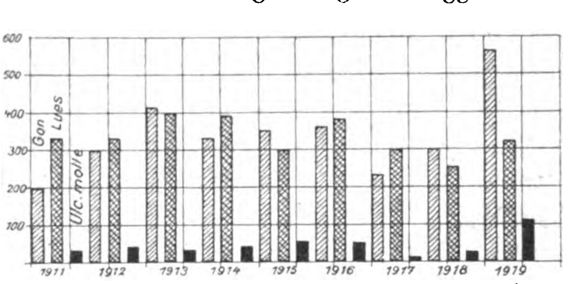


Fig. 5.

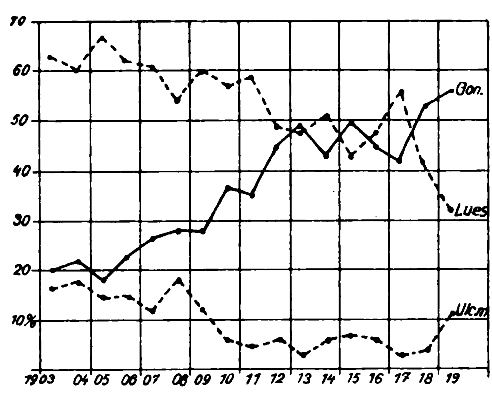


Fig. 6.

schnittlich verhält sich Gonorrhoe : Lues : Ulcus molle wie 47,17 : 46,68 : 6,14. Die Durchschnittszahlen anderer Autoren siehe bei den Männern! Eine Abnahme der Syphilis unter den Frauen fand auch Pezzoli, eine Zunahme des Trippers Pezzoli und Fehling, eine Zunahme des weichen Schankers Pezzoli und Oppenheim.

An Kombinationen wurde gleichzeitig bei einer Patientin beobachtet: Lues + Ulcus molle 36mal, davon 6mal Lues I (Chancre mixte), Lues + Gonorrhoe 428mal, davon 45mal Lues I, Gonorrhoe + Ulcus molle 66mal, Lues + Gonorrhoe + Ulcus molle 18mal, davon zweimal Lues I. Am häufigsten sind Lues + Gonorrhoe diagnostiziert worden, sodann Gonorrhoe + Ulcus molle.

Von nicht geringem Interesse ist die Berücksichtigung bei den schwangeren Frauen. Gar nicht so selten sind solche Frauen in Behandlung gekommen, wie die folgende Tabelle zeigt:

Gravidität	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
+ Gon. . . .	8	13	13	17	26	16	5	8	11	117
+ Lues . . .	19	14	10	19	12	13	10	13	13	123
+ Ulc. molle .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
+ Gon. + Lues	—	—	—	—	5	1	—	2	5	13

Die Gefahren für das Kind sind heute nur allzu gut bekannt. Bei Gonorrhoe der Mutter droht dem Kinde beim Passieren der Geburtswege die Ophthalmoblennorrhoe, die sehr häufig zur Erblindung führt. Andererseits sind überlebende Kinder syphilitischer Mütter selten gesund.

Dem Alter nach verteilen sich die Patientinnen wie folgt (Fig. 7):

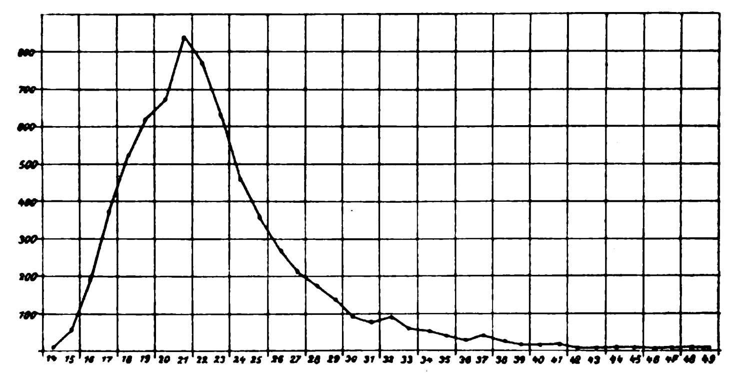


Fig. 7.

Die höchste Frequenz fällt auf das 21. Lebensjahr, relativ hohe Frequenzen zeigen die Jahre 17—25. In diesem Alter standen insgesamt 5269, also etwa fünf Siebentel aller geschlechtskranken Frauen. Die Einteilung in Altersklassen, wie es Einhaus und Weiler getan haben, will ich hier auch folgen lassen, trotzdem dieses Verfahren ungenau ist.

Jahre	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
15—20	262	253	351	329	314	330	158	190	285
21—25	252	339	386	386	346	381	270	271	436
26—30	74	86	116	94	107	123	68	90	131
31—40	51	40	67	46	43	66	55	40	56
41—50	14	17	18	7	8	16	9	9	12
51—60	2	4	2	7	2	2	1	5	1
über 60	—	—	—	—	1	—	—	2	2

Die prozentuelle Berechnung ergibt auch während des Krieges keine wesentliche Verschiebung innerhalb der einzelnen Jahresklassen, wie wir es bei den Männern beobachten konnten. Sämtliche Kurven zeigen hier wenig Veränderung. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die einzelnen Berufsarten:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	%
Prostituierte . . .	229	237	304	267	248	240	162	153	175	2015=28,65
Arbeiterin	147	163	203	214	146	236	194	230	297	1830=26,02
Zimm.-, Dienstm. .	112	136	175	165	176	196	48	58	186	1252=17,80
Stütze, Wirtschaft.	9	11	12	17	23	20	10	12	40	154= 2,19
Köchin	8	8	14	10	9	7	2	9	19	86= 1,22
Kellnerin	40	63	72	69	53	44	25	24	39	429= 6,10
Verkäuferin	21	24	45	32	31	29	17	7	20	226= 3,21
Schneid., Putzm., Modist., Näherin	24	24	33	26	61	40	30	25	26	289= 4,11
Plätterin, Wäscherin	7	7	12	7	2	4	1	1	6	47= 0,67
Kontoristin	6	9	8	13	10	12	9	19	25	111= 1,58
Kinderfräulein . . .	1	4	4	4	2	4	2	2	3	26= 0,37
Artistin	1	4	8	3	2	2	2	4	4	30= 0,43
Friseuse	3	5	7	3	2	3	2	—	6	31= 0,44
Masseuse, Krankpflg.	3	6	3	2	1	1	1	1	6	24= 0,34
Zögling	10	3	4	4	12	16	7	7	5	68= 0,97
Ehefrau	25	25	30	24	29	57	37	38	37	302= 4,29
ohne Beruf	8	8	3	5	4	7	5	7	17	64= 0,91
anderer Beruf[1]) . .	1	2	3	4	10	—	7	10	12	49= 0,70
	655	739	940	869	821	918	561	607	923	7033

[1]) Andere Berufe: Amme, Briefträgerin, Photographin, Gesellschafterin, Händlerin, Modellsteherin, Heilsarmee, Koloristin, Postaushelferin, Postfahrerin, Porzellanmalerin, Reisende, Schaffnerin, Straßenbahnführerin, Telephonistin, Wächterin, Vermieterin, Zeichnerin.

An erster Stelle stehen die Prostituierten mit 28,65%. Der Grund hierfür liegt darin (worauf Weiler bereits hinweist), daß die Prostituierten gezwungen werden, ins Krankenhaus zu gehen, während von den übrigen geschlechtskranken Frauen nur ein ganz geringer Teil in klinische Behandlung kommt. Am nächsthäufigsten werden die Arbeiterinnen befallen und an dritter Stelle stehen die Dienstmädchen. Diese drei Gruppen zusammen liefern das Hauptkontingent der geschlechtskranken Frauen, etwa fünf Siebentel. Von den übrigen ragen noch besonders hervor die Kellnerinnen und die Ehefrauen. Eine Zunahme durch den Krieg ist bei den Arbeiterinnen, Dienstmädchen, Wirtschafterinnen, Näherinnen, Kontoristinnen, Zöglingen und bei den Ehefrauen, und zwar in verschiedenem Maße, zu beobachten. Mit anderen Worten: das Gros der geheimen Prostitution hat zugenommen. Durch die Erschwerung des gewerblichen und geschäftlichen Lebens, Verteuerung der Lebenshaltung usw. sind zweifellos viele weibliche Personen im Kriege in materielle Not geraten, worauf Blaschko und Finger hinweisen. Zahlreiche Frauen und Mädchen, die sogen. Verhältnisse, wurden durch die Männermobilisierung ihres Ernährers beraubt. Um dem Hunger und der Not ein Ende zu machen, sucht ein Teil durch Preisgabe des Körpers seinen Lebensunterhalt zu gewinnen. Aber auch später, als die Arbeitsverhältnisse sich günstiger gestalteten, viele Frauen in Betrieben angestellt und gut entlohnt wurden, nahm die Zahl der Kranken nicht ab. Kurpjuweit hat mit Recht darauf hingewiesen, daß nicht allein die Not und mangelhafte Entlohnung Ursache des sich Prostituierens sei, sondern auch Leichtsinn, Faulheit und Genußsucht. Die Ehefrauen, die an regelmäßigen Geschlechtsverkehr gewöhnt sind, erliegen bei längerer Trennung von ihren Gatten nur zu leicht der Versuchung. Die Zunahme der Verheirateten unter den weiblichen Kranken ist auch von Gaucher et Bizard, Fränkel und Stein festgestellt worden. Andererseits haben Finger und Klausner häufige Infektionen von Ehefrauen durch ihre auf Urlaub befindlichen Ehemänner beobachtet. Während Chotzen in Breslau eine starke Zunahme der im ersten Kriegsjahre eingelieferten Prostituierten festgestellt hat, ist in unserer Zusammenstellung eine wenn auch geringe Abnahme zu bemerken. Als Prostituierte sind nur diejenigen weiblichen Personen gerechnet, die unter Kontrolle stehen. Außerdem werden fast täglich verdächtige Frauen und Mädchen von der Sittenpolizei aufgegriffen

und im Erkrankungsfalle vom Polizeiarzt dem Krankenhause überwiesen. Die folgende Gegenüberstellung der freiwillig ins Krankenhaus Gekommenen und der polizeilich Eingelieferten läßt erkennen, daß über die Hälfte von der Polizei geschickt wird:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
freiwillig . .	325	375	406	363	289	426	239	262	393	3078
polizeilich . .	330	364	534	506	532	492	322	345	530	3955
	655	739	940	869	821	918	561	607	923	7033

Von den aufgegriffenen, also geheime Prostitution treibenden Mädchen sind ziemlich viele ohne Wohnung gewesen, wie folgende Zusammenstellung nach Jahren und Monaten zeigt:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1911	1	6	4	2	4	6	2	9	6	4	4	5	53
1912	4	7	2	6	8	6	8	7	8	3	5	3	67
1913	8	5	6	16	8	10	10	14	15	2	14	5	113
1914	10	4	5	7	12	9	3	7	5	4	8	5	79
1915	9	4	6	11	2	6	6	12	15	5	5	10	91
1916	11	10	3	12	12	3	4	6	6	11	11	2	91
1917	2	—	6	2	2	6	2	4	8	8	1	4	45
1918	5	1	8	7	1	4	10	6	8	6	2	6	64
1919	14	8	10	13	15	10	8	15	17	15	9	7	141
	64	45	50	76	64	60	53	80	88	58	59	47	744

Einerseits handelt es sich um frisch Zugereiste, wie z. B. während der Leipziger Messen, andererseits sind es Mädchen, die entweder ihre Wohnung nicht angeben wollen, oder tatsächlich ihre Lagerstätte immer woanders aufschlagen. Wie weit verheiratete Frauen von den Geschlechtskrankheiten betroffen werden, zeigt folgende Gegenüberstellung:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
ledig	629	707	892	847	792	869	525	566	866	6693
verheiratet .	26	32	48	22	29	49	36	41	57	340
	655	739	940	869	821	918	561	607	923	7033

Die Zahl 340 stimmt scheinbar nicht mit der Zahl der Ehefrauen, die unter den Berufsarten aufgeführt ist. Die Differenz von 38 erklärt sich dadurch, daß von den Prostituierten 38 verheiratet waren.

Um die gewonnenen Resultate recht anschaulich zu gestalten, werden im folgenden die geschlechtskranken Männer, Frauen und Kinder zusammengestellt:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	
Männer . . .	1062	1158	1316	872	512	412	191	189	605	6317
Frauen . . .	655	739	940	869	821	918	561	607	923	7033
Kinder . . .	34	15	8	20	30	50	70	78	69	374
	1751	1912	2264	1761	1363	1380	822	874	1597	13724

Diese Tabelle und die folgenden Kurven geben die absoluten Zahlen in den einzelnen Jahren an (Fig. 8):

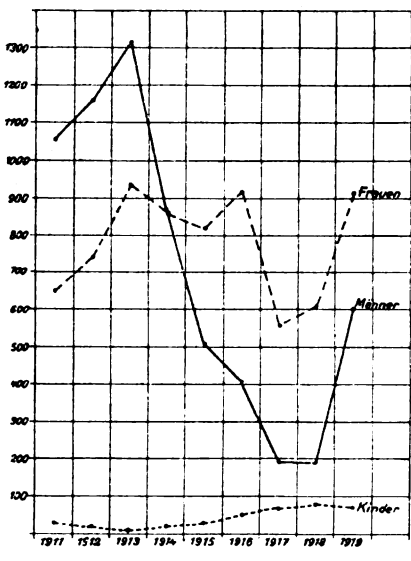


Fig. 8.

Vergleichen wir die Alterskurven der Männer und Frauen, so sehen wir, daß die Frauenkurve früher ansteigt, eine größere Höhe erreicht und etwas steiler abfällt. Sie bildet einen spitzen Gipfel, der nur eine Jahresklasse umfaßt, während die Höhe der Männerkurve sich über die Jahre 19—24 erstreckt (Fig. 9).

Das absolute Verhältnis der drei Geschlechtskrankheiten zueinander in den einzelnen

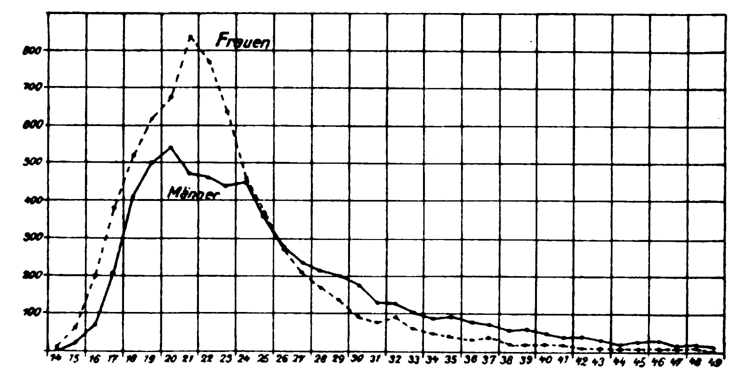


Fig. 9.

Jahren bei Männern und Frauen geht aus folgender Zeichnung hervor (Fig. 10):

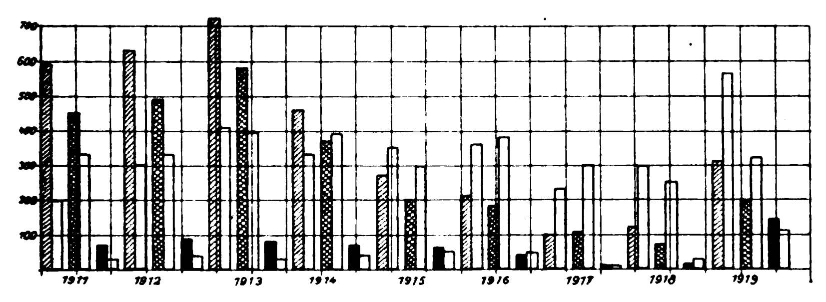


Fig. 10.

Noch ein wichtiger Gesichtspunkt ist bei dieser Statistik zu berücksichtigen, der besonders für die Stadt Leipzig von großem Interesse ist, nämlich der Einfluß der Leipziger Messen auf die Frequenz der Erkrankungen. Nach Angabe des hiesigen Meßamtes fanden in den Jahren 1911—1919 folgende Messen statt:

1911	6. III.—18. III.	1915	1. III.—13. III.	15000	Besucher
	27. VIII.—17. IX.		29. VIII.—19. IX.	18000	„
1912	4. III.—16. III.	1916	6. III.—18. III.	25000	„
	25. VIII.—15. IX.		27. VIII.—17. IX.	27000	„
1913	3. III.—15. III.	1917	5. III.—17. III.	34000	„
	31. VIII.—21. IX.		26. VIII.—16. IX.	40000	„
1914	2. III.—14. III.	1918	3. III.—9. III.	75000	„
	30. VIII.—20. IX.		25. VIII.—31. VIII.	100000	„
		1919	2. III.—8. III.	95000	„
			31. VIII.—6. IX.	118000	„

Die Frühjahrsmesse fand in den ersten Tagen des Monats März und die Herbstmesse meist in den ersten Tagen des September statt. Es wären also diese beiden Monate und die unmittelbar darauf folgenden April bzw. Oktober zu untersuchen. Die Betrachtung der Fig. 11 ergibt, daß die Männerkurve in den Monaten, in denen Messen stattfanden, 13mal, wenn auch nur wenig, ansteigt und 5mal abfällt bzw. auf derselben Höhe bleibt wie der Monat vorher. In den Monaten April bzw. Oktober ist nur dreimal eine Zunahme zu beobachten. Die Frauenkurve in den Messemonaten steigt elfmal und fällt siebenmal. In den darauf folgenden (April, Oktober) steigt sie siebenmal.

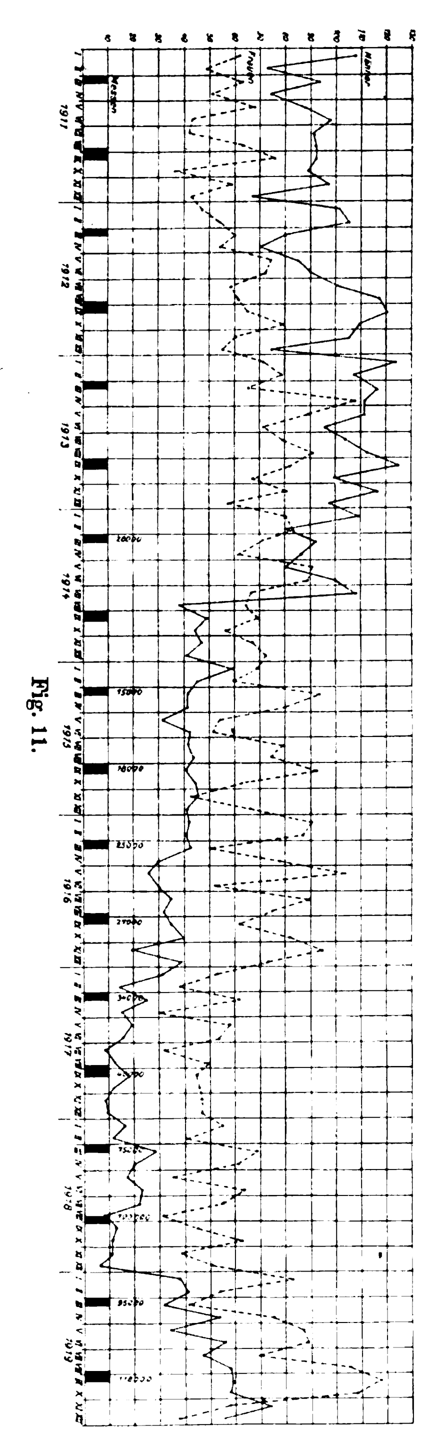


Fig. 11.

Ein Einfluß der Leipziger Messen ist nicht zu verkennen, aber er müßte noch deutlicher sein, besonders in der Frauenstatistik. Es ist ja bekannt, daß die meist auswärtigen Meßbesucher ihre Infektion erst bemerken, wenn sie Leipzig wieder verlassen haben. Dadurch kommt ein großer Teil von Krankheitsfällen in Fortfall. Anders ist es bei den Frauen. Trotzdem viele Prostituierte zu den Messen von auswärts kommen und nach Schluß derselben wieder verschwinden, so bleibt doch das Gros der geheimen Prostitution in Leipzig. Dienstmädchen, Verkäuferinnen, Näherinnen, Kellnerinnen usw. sind es, die sich den freigebigen Meßonkeln hin geben und sich dabei sehr häufig infizieren.

Werfen wir einen Rückblick auf die statistischen Erhebungen, so sehen wir deutlich einen Einfluß des Krieges. Die beobachteten Abweichungen sind auch von anderen Autoren festgestellt worden. Die neuesten Veröffentlichungen weisen darauf hin, daß der Krieg eine Durchseuchung auch der Volksschichten bewirkt hat, die im Frieden mehr oder weniger davon verschont geblieben waren. Bis in die kleinsten Ortschaften werden jetzt die Geschlechtskrankheiten verschleppt. Und hierin liegt die nicht zu unterschätzende volkswirtschaftliche Gefahr. Der gegenwärtige Bankerott der Moral, die Apathie vieler Menschen gegen-

über allen öffentlichen Fragen, die massensuggestionsartige Tanzwut und noch viele andere Momente tragen wesentlich zur Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten bei. Eigentümlich berührt heutzutage die Ansicht von Scholz, daß der Krieg geradezu eine Sanierung eines großen Teiles der männlichen Bevölkerung ermöglicht durch sofortige Internierung in Lazaretten und baldige Ausheilung. Im Gegensatz dazu haben Blaschko, Finger, Horn, Neisser, Sachs u. a. auf die Gefahren hingewiesen, die der heimischen Bevölkerung nach Beendigung des Krieges drohen und Maßnahmen zu deren Verhütung vorgeschlagen. Die Forderungen der Ärztewelt, die Mannschaften vor ihrer Entlassung einer genauen Untersuchung zu unterziehen, sind durch die plötzliche Demobilmachung und die Revolution nicht zur Ausführung gekommen.

Die Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten harrt ihrer endgültigen Lösung. Die in den letzten Jahrzehnten einsetzende lebhafte Bewegung gegen die Reglementierung der Prostitution hat durch die Revolution neue Nahrung erhalten. Hoffentlich wird es bald gelingen, die epidemieartig um sich greifenden Volksseuchen einzudämmen. Eine Annäherung der Reglementaristen und der Abolitionisten scheint die besten Richtlinien zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu geben.

Literatur.

Andry: De la diffusion de la Syphilis dans la region Toulousaine pendant deux années de guerre. Ann. de Derm. et de Syph. 1917. Bd. 6.

Asch: Tripperansteckung kleiner Mädchen. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1919.

Bendig: Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten f. den Krieg mit Berücksichtigung des Württemberg. 13. A.-K. Württemberg. med. Korr. Bl. 1915. Nr. 19.

Beretvas: Beiträge zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. Der Militärarzt 1916. Nr. 17.

Blaschko: Die Prostitution in Kriegszeiten. D. Strafr. Ztg. 1914. Nr. 8, 9.

Blaschko: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Deutsch. med. Wchschr. 1914. Nr. 40.

Blaschko: Welche Aufgaben erwachsen dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Barth. Leipzig, 1915.

Blaschko: Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1915. Nr. 19.

Blaschko: Strömungen und Gegenströmungen im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Wchschr. 1917. Nr. 26.

Blaschko: Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin. Derm. Ztschr. 1918. Nr. 1, 2.

Blumenfeld: Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Militärarzt 1916. Nr. 13.

Brinitzer: Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin. 1915. Nr. 17.

Bruck: Krieg und Geschlechtskrankheiten. Med. Klin. 1915. Nr. 21.
Bruck: Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Derm. Wchschr. 1919. Nr. 19.
Busch: Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten. H. 6.
Chotzen: Die Fortbewegung der Geschlechtskrankheiten in der Festung Breslau während des ersten Kriegsjahres. Münch. med. Wchschr. 1916. Nr. 9.
Chotzen: Die zukünftige Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Wchschr. 1918. Nr. 2.
Einhaus: Zur Statistik der venerischen Erkrankungen unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897 bis 1902 inklusive behandelten Patienten. In.-Diss. Leipzig 1904.
Fehlinger: Krieg und Geschlechtsleben. Ztschr. f. Sexualw. 1916. Bd. 3.
Finger: Statistik und Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Handb. d. Geschlechtskr. Hölder, Wien.
Finger: Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. Wien. klin. Wchschr. 1914. Nr. 45.
Finger: Der Krieg und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Anzengruber, Wien-Leipzig, 1915.
Finger: Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege. Wien. med. Wchschr. 1916. Nr. 21.
Finger: Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege (Vortrag). Med. Klin. 1916. Nr. 23.
Finger: Die Bedeutung, Verbreitung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien. med. Wchschr. 1916.
Finger: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande. Wien. klin. Wchschr. 1917. Nr. 26, 41.
Finger: Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und deren Bekämpfung. Wien. klin. Rundschau. 1916. Nr. 7, 10.
Flesch: Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Münch. med. Wchsch. 1915. Nr. 6.
Fraenkel: Sexuelle Gefährdung der Frau durch den Krieg. Ztschr. f. Bek. d. Geschl. 1916. Nr. 17.
Frühwald und Weiler: Statistik der venerischen Erkrankungen an der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig in den Jahren 1903—1910. Monh. f. prakt. Derm. 1911. Bd. 53.
Galewsky: Über die Behandlung geschlechtskranker Soldaten in den Reservelazaretten und die spätere Fürsorge für dieselben. Fortschr. d. Med. 1915/16. Nr. 34.
Galewsky: Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Münch. med. Wchschr. 1915. Nr. 22.
Gaucher: Les maladies vénériennes pendant la guerre à l'hôpital militaire Villemin et dans ses annexes. Ann. des mal. vénér. 1915. Nr. 4.
Gaucher et Bizard: Syphilis nach zwei Kriegsjahren. Ann. des mal. vénér. Jan. 1917. (Ref. Derm. Wchschr. 1917. Nr. 21.)
Haberling: Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung. Barth, Leipzig 1914.
Hecht: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Abrüstung. Wien. klin. Wchschr. 1916. Nr. 14.
Heller: Einige klinische Beobachtungen an geschlechtskranken Soldaten. Derm. Ztschr. 1916. Nr. 2.
Horn: Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten. Wien. med. Wchschr. 1916. Nr. 47.
Jolivet: Wie haben sich 100 venerisch kranke Soldaten der Armeezone infiziert? Ann. de Derm. et de Syphil. 1916. Nr. 3.
Kaufmann: Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung. Vahlen, Berlin 1916.
Klausner: Krieg und Geschlechtskrankheiten. Prag. med. Wchschr. 1915. Nr. 9.
Kißkalt: Einführung in die Medizinalstatistik. Thieme, Leipzig 1919.

Kuhn und Möllers: Hygienische Erfahrungen im Felde. Med. Klin. 1915. Nr. 18.
Kurpjuweit: Die Gefahr der Geschlechtskrankheiten bei Beendigung des Krieges. Veröff. a. d. G. d. med. Verwalt. Berlin 1918.
Lenzmann: Die Bedeutung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. D. med. Wchschr. 1915. Nr. 7.
Lesser: Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 23.
Lippschütz: Der Einfluß des Krieges auf das Auftreten von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Wien. klin. Wchschr. 1917. Nr. 26.
Lißmann: Die Wirkungen des Krieges auf das männliche Geschlechtsleben. Gmelin, München, 1919.
Mulzer: Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde und in der Heimat. Derm. Ztschr. 1918. Nr. 4.
Neisser: Der Krieg und die Geschlechtskrankheiten. 1915. Flugschrift.
Neisser: Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Deutsch. med. Wchschr. 1915. Nr. 3.
Neisser: Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. Deutsch. med. Wchschr. 1914. Nr. 33.
Oppenheim: Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Wien. med. Wchschr. 1916. Nr. 26.
Pappritz: Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege. Der Abolitionist. XIV. Nr. 5.
Pezzoli: Statistisches über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Wien. med. Wchschr. 1917. Nr. 20.
Pick: Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Wien. med. Wchschr. 1915. Nr. 41.
Rühland: Krieg und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1915.
Sachs: Vorschläge betr. die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen unmittelbar nach dem Kriege. Wien. klin. Wchschr. 1915. Nr. 25.
Scholz: Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Deutsch. med. Wchschr. 1915. Nr. 25.
Stein: Der Einfluß des Krieges auf die Verteilung der venerischen Affektionen in der Zivilbevölkerung. Wien. med. Wchschr. 1916. Nr. 28.
Stümpke: Prognose der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Meusser, Berlin 1919.
Touton: Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten im Heer im Krieg und Frieden. Berl. klin. Wchschr. 1915. Nr. 1—4.
Touton: Krieg und Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Wchschr. 1915. Nr. 19 bis 20.
Touton: Sexualpädagogik im Frieden und Krankheitsverhütung im Kriege. Ztschr. f. Sexualw. Bd. 2.
Urbach: Die Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung im k. u. k. Heere, in der k. u. k. Landwehr, und in der k. u. k. Kriegsmarine, mit vergleichender Berücksichtigung fremder Staaten. Safar, Wien 1912.
Vogel: Krieg, Ehe und Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wchschr. 1917. Nr. 40.
Willmanns: Über die Zunahme des Ausbruchs geistiger Störungen in den Frühjahrs- und Sommermonaten. Münch. med. Wchschr. 1920. Nr. 7.
Wolff: Geschlechtskrankheiten im Kriege. Deutsch. med. Wchschr. 1915. Nr. 6.

Referate.

Simpson, Malcolm, und **Clarksen, E. R. Towuley,** **Vorgeschlagenes Schema zu einem Verfahren, um die Heilung bei Gonorrhoe festzustellen.** „The Lancet, 1918. pag. 732ff.

Die beiden Autoren glauben, daß folgender Untersuchungsgang erforderlich ist:

I. Bei Männern.

Vor der Untersuchung soll Patient sich während der ganzen Nacht oder wenigstens 4—6 Stunden vor der Untersuchung des Urinierens enthalten. Die Harnröhrenöffnung wird untersucht, der Arzt nimmt einen Tropfen auf eine Platinöse, verfertigt ein mikroskopisches Präparat, legt eine Bakterienkultur an. Wenn kein Tropfen da ist, wird die Platinöse in die Harnröhre eingeführt, an der Schleimhaut vorwärts getrieben und Präparat und Kultur angefertigt. Der Patient harnt in zwei Portionen. Der Arzt untersucht den Urin. Wenn erforderlich, wird der Urin zentrifugiert. Fäden und Eiterflocken werden im Präparat und in der Kultur geprüft. Die Eichel wird mit Seife gereinigt, die Vorhaut mit sterilem Wasser zurückgezogen, die Harnröhre mit sterilem Wasser ausgewaschen und der Patient in Knieellenbogenlage gebracht; die Eichel soll nicht berührt werden, man schüttelt den letzten Tropfen Flüssigkeit heraus. Systematisch Prostata und Samenblase abtasten, wobei besonders auf jedes Fühlen einer Abnormität zu achten ist, z. B. verdickter oder verschlossener Samenstränge oder Knötchen in der Prostata. Man massiere Prostata und Samenblase, bis ein Tropfen erscheint, nachdem man die Urethra vom Bulbus vorwärts abgemolken hat.

Präparat und Kultur von Prostata und Samenblasentropfen müssen angefertigt werden.

Schließlich soll eine Urethrauntersuchung stattfinden, am besten mit Windham Powells Instrument mit vergrößerndem Augenstück. Nachdem das Instrument eingeführt worden ist, wird die vordere Urethra vom Bulbus ab vorwärts sorgfältig untersucht, um ihren Zustand festzustellen in bezug auf das Vorhandensein

a) Von harten oder weichen Strikturen oder Infiltrationen.

b) Von Warzen innerhalb der Urethra.

c) Von infizierten Follikeln.

d) Von irgendwelchem angeborenen abnormen Zustand, z. B. Angiomen; zugleich müßten obere und untere Seite der Urethra mit dem Urethroskop sorgfältig abgesucht werden, damit etwa vorhandene periurethrale Infiltrationen entdeckt werden können.

Die Eichel ist auf paraurethrale Follikel zu untersuchen, besonders bei Patienten mit Hypospadie oder Epispadie. Der Damm ist zu untersuchen zur Aufdeckung von Entzündung der Cowperschen Drüsen oder von Perinealabszessen usw.

II. Bei Frauen.

Man untersuche bald vor und nach den Menses. Es ist ratsam, während der Untersuchung von Frauen immer Gummihandschuhe zu tragen. Es sollte zwecks Feststellung irgendeiner Abnormität stets eine

Unterleibsuntersuchung vorgenommen werden. Patientin muß in der Rückenlage untersucht werden, die Hüfte an den Unterleib gebogen und die Knie durch Beinhalter gestützt, der Untersuchende trägt eine geeignete Kopflampe.

I. Beachte Vorhandensein oder Fehlen von Ausfluß, bei Vorhandensein notiere man Menge, Beschaffenheit und Farbe.

II. Die Vulva muß gereinigt und die Bartholinischen Drüsen müssen sorgfältig untersucht werden. Man beachte besonders Rötung um die Öffnung derselben — man drücke, wenn möglich, den Inhalt heraus, von der heraustretenden Flüssigkeit wird Präparat und Kultur angefertigt.

III. Die Harnröhrenöffnung ist auf Vorhandensein von Eiter zu untersuchen. Der Boden der Harnröhre wird durch den in die Vagina eingeführten Finger gedrückt, von dem herausgedrückten Sekret wird Kultur und Präparat angefertigt. Tritt kein Tropfen heraus, so wird eine Platinöse in die Urethra eingeführt und an der Schleimhaut entlang gestrichen. Von dem auf der Platinöse haftenden Sekret wird ein Präparat und eine Kultur angefertigt. Nach Gängen rings um die Harnröhrenöffnung muß sorgfältig gesehen werden und diese auf ihre Infektiosität geprüft werden. Die Urethra wird auf infizierte skenesche Gänge untersucht. Patientin uriniert. Kultur und Präparat werden angefertigt, wenn erforderlich, findet Zentrifugation des Urins statt.

IV. Es wird ein Spekulum in die Vagina eingeführt, eine Untersuchung vorgenommen, die Cervix wird eingestellt und auf jegliche pathologische Erscheinung, wie Erosionen, Polypen, Zysten oder Geschwüre geachtet. Von dem Zervikalsekret muß Präparat und Kultur angelegt werden. Ist kein Sekret zu sehen, so ist die Cervix mit stumpfer Zange sanft auszudrücken, so daß der Inhalt der tieferen Zervikaldrüsen herausgepreßt werden kann, auch hiervon ist ein Präparat anzufertigen und eine Kultur anzulegen.

V. Uterus und Adnexe sind bimanuel zu untersuchen.

Obiges müßte bei zwei Gelegenheiten mit Intervallen von 2 Monaten ausgeführt werden. Die Verfasser sprechen nicht von Provokationsmethoden.

Vergleicht man die von den beiden Verfassern gemachten Vorschläge mit den Forderungen, wie sie etwa Zieler in seiner Arbeit: „Wie wird die Heilung des Trippers beim Manne festgestellt?" (Deutsche med. Woch. 1918 Nr. 24) aufstellt, so müssen die im Schema gemachten Vorschläge als sehr milde und zum Teil als wertlos angesprochen werden. In England hält man die vorgeschlagene Methode zwar für wirksam, glaubt aber, daß sie zur Zeit nicht genügend erprobt ist, um zur Einführung in die ärztliche Praxis empfohlen zu werden. Obwohl das angegebene Schema weder für die allgemeine Praxis, noch für die Erteilung des Ehekonsenses ausreicht, um die Heilung einer Gonorrhoe beim Manne oder bei der Frau festzustellen, so ist es dennoch geeignet, den Anhängern der Ehezeugnisbewegung eine Vorstellung von den ungeheuren Schwierigkeiten zu geben, die der gewissenhafte ärztliche Untersucher zu überwinden hat. Auch der zu Untersuchende hat eine langdauernde Untersuchung über

sich ergehen zu lassen, selbst dann, wenn die Forderungen für die Ausstellungen eines Ehezeugnisses ganz niedrig gestellt sind. G. Ln.

Hirsch, Max, Berlin, **Heiratszeugnisse und Eheberatung.** Ärztliches Vereinsblatt. Nr. 1239. 1921.

Verfasser betrachtet die Frage der Heiratszeugnisse und der Eheberatung vom Standpunkt des Eugenikers. Er hält das Heiratszeugnis für geeignet, das Verantwortungsgefühl der Eheschließenden zu wecken: mit dem Ehezeugnis will er kein Eheverbot ausgesprochen sehen, wenn der Ehepartner zur Eheschließung ungeeignet erscheint; deshalb bedeutet das in seinem Sinne ausgestellte Ehezeugnis keinen Eingriff in den freien Willen der Ehewerber. Das Ehezeugnis ist für ihn ein Prüfungszwang der Ehekandidaten auf ihre gesundheitliche Eignung zur Ehe und zur Fortpflanzung zu achten. Er räumt den Ehewerbern selbst bei schlechtem Ausfall des Ehezeugnisses die Freiheit ein, trotzdem die Ehe einzugehen. Diese Ausführung belegt er mit Gründen, die für die Einführung des Ehezeugnisses sprechen: Verhütung der schweren Gefahren, welche aus bestehenden Geschlechtskrankheiten, anderen körperlichen und geistigen Minderwertigkeiten und erblicher Belastung hervorgehen. Außer der ärztlichen Untersuchung wären zur Ausstellung eines Ehezeugnisses die Ergebnisse der experimentellen Biologie und der Familienforschung entscheidend heranzuziehen.

Die Schwierigkeiten dagegen, die sich der praktischen Ausstellung des Ehezeugnisses für den ausstellenden Arzt ergeben, werden vom Verfasser kaum angedeutet.

Voll zustimmen kann man seinem Vorschlage einer eingehenden Eheberatung und Fortpflanzungspflege im Sinne einer generativen Prophylaxe durch den Arzt. G. Ln.

Kleeberg, Ludwig, Syphilis und Ehe. Med. Klinik 1921. Nr. 32.

Verfasser tritt der Schubartschen Forderung, staatliche Heiratszeugnisse aus juristischen Gründen nur auf Männer zu beschränken, entgegen. Wenn auch die vorherige Erkrankung des Mannes am häufigsten zu sein pflegt und es die Ausnahme ist, daß eine Frau krank in die Ehe tritt, so ist, wenn einmal die Frau krank wurde, dies für die Ehe und die Nachkommenschaft von weittragenderer Bedeutung als beim Manne. Die Bedeutung einer früheren syphilitischen Erkrankung der Frau für die Ehe erläutert K. an einem klinischen Fall.

Eine 39jährige Frau, verheiratet im Jahre 1903, gebiert 15 Kinder. Alle Kinder mit Ausnahme des letzten im Jahre 1921 geborenen Knaben stammen von demselben Vater, der im Jahre 1903, ebenso wie die Mutter, wegen Syphilis behandelt wurde. Die Mutter hatte seit der Schmierkur 1903 keine luetischen Erscheinungen mehr, auch der Wassermann ist negativ. Die Frau kam nur zufällig wegen der Niederkunft ihres 15. Kindes zum Arzt. Dieses Kind war kongenital luetisch. Von den 15 Kindern leben 7, 2 Kinder von diesen 7 waren für die Untersuchung unzugänglich, von den erreichbaren 5 zeigen 4 deutliche syphilitische Stigmata und positiven Wassermann.

K. schließt, daß die Luesinfektion bei einem Manne und bei einer Frau für die Eheschließung grundverschieden zu werten ist. Er fordert, daß bei jeder Frau, die einmal eine Lues gehabt hat, im Beginn der Schwangerschaft, auch wenn die Lues viele Jahre zurückliegt und keinerlei Erscheinungen mehr aufgetreten sind, eine antiluetische Behandlung erfolgen muß. G. Ln.

Blaschko, A., und **Gross, B. S., Zur Diagnose der Gonorrhoeheilung der Frau.** Deutsche med. Wochenschr. 1921.

Die Notwendigkeit des Urteils, ob eine Frau zu einem gegebenen Zeitpunkt Gonokokken beherbergt oder nicht, ist von großer Bedeutung; es ist gleichgültig, ob es sich um Patientinnen der Privat- oder Kassenpraxis, um klinische Behandlungen handelt oder ob eine einmalige Feststellung der Gesundheit einer Frau z. B. zum Zwecke der Eheschließung in Betracht kommt.

Diese Feststellung ist außerordentlich schwierig, da sich die weibliche Gonorrhoe 1. durch Geringfügigkeit der klinischen Erscheinungen, 2. durch langdauernde Latenz der Gonokokken, 3. durch Multiplizität der Herdlokalisationen auszeichnet.

Einmalige klinische Untersuchung reicht nicht aus; selbst bei negativem Befunde bedarf es mehrerer, in bestimmten Zeitabständen vorzunehmender Untersuchungen und künstlicher oder natürlicher Provokationen.

Die „natürliche Provokation" machen sich die vom R.G.A. herausgegebenen Richtlinien zu eigen, indem sie die Heilungserklärung von mehreren — wenigstens 2 — postmenstruellen Untersuchungen abhängig machen.

Die natürliche Provokation — d. h. die Auflockerung der Genitalschleimhaut und die stärkere Epitheldesquamation beim Menstruationsvorgang mag die Cervikalschleimhaut betreffen, für die Urethralschleimhaut, — die bei der Menstruation nur ein wenig hyperämisch wird, reicht sie nicht aus; deshalb sind künstliche Provokationen erforderlich; auch psychologische Gründe sprechen dafür.

Verfasser empfehlen in erster Linie eine lokale Reizung mit der von ihnen für die Provokation bei Männern seit langem erprobten Lugolschen Lösung in 5facher Verdünnung, dann auch als doppelte Kontrolle biologische Provokation mit Gonargin, Arthijon darin mit den unspezifischen parenteralen Eiweißstoffen wie Ceolan und Caxosan. Diese Provokation darf frühestens 3 Wochen nach dem letzten positiven Gonokokkenbefund angestellt werden.

Alle Einzelheiten dieser Arbeit müssen im Original nachgelesen werden. G. Ln.

Beron, B., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. Derm. Wochenschr. 1916. Bd. 63. Nr. 31/32.

Delbanco, E., Zu Berons Bericht. Derm. Wochenschr. 1916. Bd. 63. Nr. 34.

Der von Beron als Chef des III. Armeespitals an den Feldsanitätschef erstattete Bericht stellt zunächst auf Grund der Untersuchung von

139290 Soldaten fest, daß die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter ihnen eine nur geringe ist, was auf die vorzüglichen moralischen Eigenschaften bes. der Bauern zurückgeführt wird. Trotzdem hält er eine Verbesserung der sehr im Argen liegenden sanitären Verhältnisse für erforderlich. Die Zahl der Bordelle ist zwar unter der Serbenherrschaft sehr zurückgegangen, doch sind zahlreiche heimliche Prostituierte in Kaffeehäusern und Hotels. Die Untersuchung der teils freiwillig, teils zwangsweise eingeschriebenen Prostituierten, für die sie 2—5 Francs zu bezahlen haben, ist eine ganz unzureichende, was daraus hervorgeht, daß Beron bei seinen Untersuchungen der nicht hospitalisierten Prostituierten in Skopié 25%, in Bytuliá 50% Kranke fand. Auch die Hospitalseinrichtungen sind sehr mangelhaft, die Geschlechtskranken liegen mit anderen Kranken zusammen, es fehlt am notwendigsten Inventar und Instrumentarium. Die von ihm vorgeschlagenen Maßnahmen fordern für das Militär eine genaue Statistik, Abschaffung der Strafmaßregeln (nur bei Verheimlichung), Belehrung, periodische Untersuchung, Behandlung möglichst nahe der Front, für schwerere Fälle in den lokalen Hospitälern anzugliedernden Speziallazaretten, deren Leiter auch die Prostitution zu beaufsichtigen hätten, wenn aus besonderen Gründen nötig, Überführung in die Abteilung des Alexanderspitals in Sofia, deren Leiter die Aufsicht über den Zustand der Geschlechtskrankheiten im ganzen Lande ausüben soll; für die Prostitution Verminderung durch Verbesserung der Ernährungsverhältnisse, Ausweisung der Ausländerinnen, Einrichtung richtiger, unentgeltlicher Untersuchung und Behandlung, Regelung der Einschreibung, wobei den seitens der Soldaten anzugebenden Infektionsquellen nachzugehen ist, Verbot der Prostitution in Kaffeehäusern, Schenken, Hotels, Schließung der vorhandenen oder wenigstens Verbot der Eröffnung neuer Bordelle, wegen der großen Anlockungs- und Infektionsgefahr; für die Bevölkerung Einrichtungen zur Untersuchung und Behandlung. Beron ist im Grunde gegen die Reglementierung, glaubt jedoch sie vorläufig nicht abschaffen zu können, da die Bedingungen fehlten, sie durch andere Maßnahmen zu ersetzen.

Delbanco ergänzt den Bericht durch Veröffentlichung der darauf ergangenen Instruktionen des Feldsanitätschefs, die eingehende Anweisungen über die Ausführung der zweimal im Monat vorzunehmenden Untersuchung der Soldaten, die Befragung der erkrankten zwecks Nachweisung der Infektionsquellen und deren weitere Verfolgung, Belehrung, Behandlung, Statistik enthält. Die Bestimmungen über Einschreibung, Untersuchung, Behandlung der Prostituierten decken sich im allgemeinen mit den Vorschlägen, wozu noch auf ordnungspolizeilichem Gebiete liegende Verbote kommen. Auch gegen Kuppler wird scharf vorgegangen. Für die Zivilbevölkerung wird unentgeltliche Untersuchung und Behandlung eingeführt. Ernst Levin (Berlin).

Die Schriftleitung erbittet Zusendung von Besprechungsexemplaren nach Berlin W, Wilhelmstr. 45.

Zeitschrift

für

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Band 20. 1922 Nr. 5, 6 u. 7.

Die Fürsorge für Geschlechtskranke bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz.

Von

Landesrat Dr. **Karl Vossen**, Düsseldorf.[1])

Wenn nach dem unglücklichen Kriege für Deutschland die allgemeinen Fragen der Bevölkerungspolitik zu den wichtigsten der Jetztzeit gehören, so ist insbesondere bei der erschreckenden Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten infolge des Krieges und der Nachkriegszeit gerade der Kampf gegen diese Volksseuchen für die Zukunft des deutschen Volkes eine Lebensfrage geworden. Bedrohen doch die Geschlechtskrankheiten das einzige Gut, das den Deutschen zum Leben verblieben ist, ihre Arbeitskraft, auf das unmittelbarste, sowohl bei der jetzt lebenden Generation, als auch bei deren unmittelbaren und mittelbaren Nachkommen, und verschärfen doch außerdem die Geschlechtskrankheiten durch ihre häufigen Folgen der Zeugungsunfähigkeit und Unfruchtbarkeit den uns drohenden Geburtenrückgang in stärkstem Maße. Es gilt daher auch für die Landesversicherungsanstalt, die schon seit langer Zeit neben Tuberkulose und Trunksucht die Geschlechtskrankheiten systematisch bekämpft hat, diesen letzteren Kampf in verschärfter Form aufzunehmen, zu welchem Zwecke gerade in jüngster Zeit eine Reihe wichtiger Maßnahmen von ihr getroffen worden sind. Mit Rücksicht hierauf und ferner im Hinblick auf das bald zu erwartende Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das einen neuen Abschnitt in diesem Kampfe einleiten wird, erscheint es angebracht, zunächst einmal rückblickend zu überschauen, wie die Fürsorge für Geschlechtskranke bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz aus kleinen Anfängen entstanden und allmählich immer weiter ausgebaut worden ist A., wie diese Fürsorge heute in den Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt organisiert ist und ausgeübt wird B., welche Mittel hierfür aufgewendet werden C. und in welcher Weise die Landesversicherungsanstalt von anderen Versicherungsträgern und Behörden in dieser ihrer Fürsorge unterstützt wird D.

---

[1]) Vortrag gehalten während der Tagung über Geschlechtskranken- und Gefährdetenfürsorge, veranstaltet vom Wohlfahrtsamt der Regierung Köln vom 9—11. März 1921 im weißen Saal der Bürgergesellschaft Köln.



A. Die Entwicklung des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten bei der Landesversicherungsanstalt.

I. Als im Jahre 1904 zum erstenmal die Frage der Fürsorge für geschlechtskranke Versicherte an die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz herantrat, war man der Ansicht, daß die Behandlung von Geschlechtskrankheiten nach den gesetzlichen Bestimmungen ausschließlich Sache der Krankenkassen sei, und daß diese auch in der Lage seien, die erforderliche Hilfe zu gewähren. Die Landesversicherungsanstalt glaubte damals nur bei Nichtkrankenkassenmitgliedern, falls entsprechende Anträge gestellt wurden, im Rahmen der allgemeinen Heilfürsorge eingreifen zu sollen, bei Krankenkassenmitgliedern dagegen nur in vereinzelten Fällen dann, wenn über die gesetzlichen Verpflichtungen der Krankenkassen hinaus besondere Maßnahmen erforderlich erschienen. Hiernach blieb die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt auf diesem Gebiete zunächst sehr bescheiden.

II. Eine Änderung trat erst ein, als im Jahre 1916 das Reichsversicherungsamt auf den systematischen Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten hinwies[1]) und ihn als eine der wichtigsten Aufgaben der Landesversicherungsanstalten bezeichnete. Letztere waren hierzu gemäß § 1274 RVO. gesetzlich in der Lage. Als allgemeine Maßnahme zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung im Sinne dieses Paragraphen, erschien neben der Bekämpfung der Tuberkulose und Trunksucht der Kampf gegen die sich erschreckend ausbreitenden Geschlechtskrankheiten dringend geboten, zumal auch gerade durch die Geschlechtskrankheiten der Geburtenrückgang — infolge Zeugungsunfähigkeit beim Manne und Unfruchtbarkeit bei der Frau — in bedrohlicher Weise beeinflußt wird. Die Organisation dieses Kampfes erfolgte durch Einrichtung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke, d. h. solcher an den größeren Orten der Provinz einzurichtenden ärztlich geleiteten Fürsorgestellen, die sich zwar jeder Behandlung von Geschlechtskrankheiten grundsätzlich fernzuhalten, aber sowohl Versicherten als auch den Versicherten sozial nahestehenden Personen ärztlichen Rat zu erteilen hatten. Ferner war es Aufgabe dieser Beratungsstellen, die Heilbehandlung der Geschlechtskranken zu überwachen und dafür Sorge zu tragen, daß die Kuren auf Kosten der hierzu verpflichteten Versicherungsträger oder Behörden restlos durchgeführt wurden.

III. Hierbei entstand für die Syphilisbehandlung insofern eine Schwierigkeit, als die zur Ausheilung dieser Krankheit ärztlicherseits als erforderlich bezeichneten Wiederholungskuren (prophylaktische Behandlung) von den Krankenkassen, insbesondere von den kleineren Landkassen nicht übernommen wurden, da man der Ansicht war, daß

---

[1]) Vgl. Kaufmann: „Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung". Berlin 1916 u. „Die neuen Beratungsstellen für Geschlechtskranke". Berlin 1917. Franz Vahlen.

eine eigentliche Krankheit, welche ärztliche Hilfe notwendig mache, nicht gegeben sei. Aber auch in den Fällen, in denen die Krankenkasse die Behandlung übernahm, beschränkte sie oft die Zahl der erforderlichen teuren Salvarsaninjektionen derart, daß eine endgültige Heilung immer fraglich blieb.

IV. Da auf diesem Wege eine erfolgreiche Bekämpfung der Volksseuche nicht erreichbar erschien, entschloß sich die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, die Heilbehandlung der Syphilitiker, soweit sie nach Beendigung der ersten Krankenkassenkur der Beratungsstelle namhaft gemacht wurden, auf eigene Kosten restlos durchzuführen. Sie traf daher im Jahre 1917 mit den rheinischen Krankenkassen ein Abkommen des Inhalts, daß die erste Behandlung (Abortivkur) wie bisher von der Krankenkasse übernommen werden sollte, daß aber die sich daran anschließenden Wiederholungskuren von den Beratungsstellen für die Landesversicherungsanstalt durchgeführt werden sollten, und daß nachträglich die bei der Beratungsstelle entstandenen Kurkosten auf Krankenkasse und Landesversicherungsanstalt je zur Hälfte verteilt werden sollten.

V. Nebenher wurde durch Preuß. Ministerialverordnung vom 23. Dezember 1918 eine Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dadurch eingeleitet, daß die Gemeinden zur Einrichtung von Beratungsstellen angehalten und ihnen die Pflicht zur Fürsorge für entlassene geschlechtskranke Heeresangehörige auferlegt wurde. Die hieraus entstandenen Kosten sollten bis zum 31. März 1919 zu gleichen Teilen von Reich, Staat, Gemeinde und Landesversicherungsanstalt getragen werden. Obwohl die Landesversicherungsanstalt den Regierungspräsidenten der Rheinprovinz hierfür Beträge zur Verfügung stellte, blieb der Verordnung ein größerer Erfolg versagt, wohl hauptsächlich deswegen, weil sie sich der bestehenden Einrichtungen, insbesondere der Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt nicht genügend bediente, und weil die Fürsorge auch von vornherein zeitlich begrenzt war. In Erkenntnis dieser Tatsache hat man sich hinsichtlich der zur Entlassung kommenden Heeresangehörigen auch im wesentlichen darauf beschränkt, sie bei der Entlassung auf die bestehenden Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt hinzuweisen und sie dieser Beratungsstelle ihres späteren Wohnortes nahmhaft zu machen. (Vgl. Reichsverordnung über Fürsorge für geschlechtskranke Heeresangehörige vom 17. Dezember 1918 RGBl. S. 1433.)

VI. Trotz der Erfolge, welche die durch die Beratungsstellen eingeleiteten Wiederholungskuren zweifellos aufzuweisen hatten, war man sich, namentlich in Kreisen der Fachärzte schon seit einiger Zeit darüber klar, daß eine gründliche Behandlung der Syphilis nur dann erzielt werden könne, wenn die erste Kur, die sogen. Abortivkur, sofort mit allen der ärztlichen Wissenschaft zu Gebote stehenden Mitteln durchgeführt würde. Bei der Zurückhaltung mancher Krankenkassen in der Anzahl der erforderlichen Salvarsaninjektionen geschah dies aber nicht in allen Fällen. Da bei einer gründlichen Abortivkur sich die Wiederholungs-



gegangen (vgl. Ziffer 3d dieser Richtlinien, Amtl. Nachr. des RVA. 1920 Nr. 4 S. 299). Im Interesse einer durchgreifenden Bekämpfung dieser Volksseuchen wird der Schwerpunkt der Behandlung ganz von den Krankenkassen auf die Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz übertragen. Durch Rundschreiben der L.V.A. vom 16. Dezember 1920 sind den wenigen zur Zeit der Behandlungsgemeinschaft noch nicht beigetretenen Krankenkassen die hieraus entspringenden Vorteile deutlich zum Ausdruck gebracht worden. Außerdem ist eine besondere Kommission des Gesamtvorstandes der Landesversicherungsanstalt zur Behandlung von allgemeinen Fragen der Geschlechtskrankheitenbekämpfung als Beirat im Sinne der Grundsätze des Reichsversicherungsamts eingesetzt worden.

B. Jetzige Organisation der Beratungsstellen und ihre Geschäftstätigkeit.

I. Organisation. Zurzeit bestehen in der Rheinprovinz 12 Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt; zunächst an den 5 Sitzen der Bezirksregierungen in Düsseldorf, Köln, Koblenz, Aachen und Trier. Ferner in folgenden größeren Städten: Essen, Elberfeld, Duisburg, Krefeld, Bonn, Kreuznach und Saarbrücken. Im wesentlichen entsprechen zurzeit die Stellen dem Bedürfnis. Insbesondere ist es nicht zweckmäßig, wenn Kreise oder Gemeinden bei ihren Wohlfahrtsämtern besondere Beratungsstellen ohne Anschluß an die Landesversicherungsanstalt errichten. Abgesehen von der Zersplitterung, welche hierdurch in der einheitlichen Fürsorge für Geschlechtskranke entsteht, sind solche Sonderberatungsstellen der Gemeinden oder Kreise schon deshalb mehr oder weniger unfruchtbar, weil sie höchstens beraten, aber mangels der erforderlichen Mittel keine Behandlungskuren übernehmen können. Ferner besuchen erfahrungsgemäß Geschlechtskranke in kleineren Städten lieber die Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt in der nächstgelegenen größeren Stadt, als eine Beratungsstelle ihrer Stadt oder Gemeinde, wo sie bekannt sind, zumal die Landesversicherungsanstalt Reisekosten beim Besuch ihrer Beratungsstelle vergütet. Aus diesen Erwägungen heraus hält die Landesversicherungsanstalt die Bildung solcher Sonderberatungsstellen der Wohlfahrtsämter nicht für glücklich und beteiligt sich auch grundsätzlich nicht an den fraglichen Kosten.

An der Spitze der Beratungsstellen stehen als Leiter bei 7 Stellen Fachärzte (Dermatologen), bei 4 Stellen beamtete Ärzte und in einem Falle ein praktischer Arzt. Bei Besetzung der Stelle des Leiters geht die Landesversicherungsanstalt im Einvernehmen mit der Ärzteschaft, insbesondere dem örtlichen ärztlichen Vereine vor, da die Tätigkeit der Beratungsstelle unfruchtbar bleiben muß, wenn sie nicht von dem Vertrauen der Ärzte dauernd getragen wird.

Von besonderer Bedeutung ist bei den größeren Beratungsstellen eine gut geschulte Bureaukraft, die den Schriftverkehr mit Behörden, Ärzten, Kassen, Apotheken, Krankenanstalten usw. beherrscht, Ordnung in den Krankenblättern der Kartei hält und die erforderlichen Kontrollen gewissenhaft überwacht, daneben die für den Verkehr mit den

kuren in den meisten Fällen ganz erübrigen, und da ferner der Leiter der Beratungsstelle, wenn er den Fall von der ersten Erkrankung an beobachtet, viel eher in der Lage ist mit Sicherheit eine Heilung beim negativen Ausfall der Wassermannreaktion festzustellen, erschien es auf Grund der eingehenden Besprechung dieser Frage im Februar 1920 mit sämtlichen Leitern der Beratungsstellen als erforderlich, auch die frischen Fälle der Syphilis durch die Beratungsstellen auf gemeinsame Kosten der Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt in Behandlung zu geben und bei Nichtkrankenkassenmitgliedern die Behandlung auch dieser frischen Fälle der Syphilis ganz auf Kosten der Landesversicherungsanstalt durchzuführen. Hierbei war letzten Endes die Erwägung entscheidend, daß ohne diesen Schritt vorwärts die Bekämpfung der Syphilis durchaus unvollkommen bleiben mußte, und daß die im Anfangsstadium aufgewendeten höheren Kosten der Landesversicherungsanstalt sich durch den Ausfall späterer Wiederholungskuren ohne weiteres wieder bezahlt machten. Dagegen erschien es zweckmäßig, den frischen Tripper, d. h. einen solchen, der innerhalb 13 Wochen zur Heilung gelangt, bei Krankenkassenmitgliedern in der Behandlung der Krankenkasse zu belassen, und nur den chronischen Tripper durch die Beratungsstelle auf gemeinsame Kosten der Krankenkasse und der Landesversicherungsanstalt auszuheilen. Mit Ausnahme des eben genannten frischen Trippers bei Kassenmitgliedern erstreckt sich also die Fürsorge der Landesversicherungsanstalt zur Zeit auf alle Arten von Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper und weicher Schanker), und zwar sowohl bei Versicherten als auch bei Nichtversicherten, die dem Kreise der Versicherten sozial nahestehen (Handwerker, Landwirte, Beamte usw. im Falle ihrer Bedürftigkeit).

Zu den Kosten der Heilbehandlung werden gerechnet die Kosten der ärztlichen Behandlung, die Pflegekosten in Krankenhäusern, Heilstätten, Bädern, die Reisekosten, das Hausgeld. Letzteres wird nach den für das Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz geltenden Grundsätzen berechnet. Bei Nichtkrankenkassenmitgliedern gehen die entstandenen Kosten ganz zu Lasten der Landesversicherungsanstalt, bei Kassenmitgliedern werden sie von der Landesversicherungsanstalt und der beteiligten Krankenkasse je zur Hälfte übernommen. Bei Heilverfahren für anspruchsberechtigte Familienangehörige von Kassenmitgliedern hat die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz die Kosten für Krankenhausbehandlung und Arzneimittel allein zu tragen, nur die übrigen Kosten werden geteilt.

Diese Grundsätze fanden nach eingehenden Beratungen mit den Krankenkassenverbänden unter Zuziehung der Ärztekammer und der ärztlichen Vereine Ende 1920 die Genehmigung der Heilverfahrenskommission und des Gesamtvorstandes der Landesversicherungsanstalt. Letztere ist demnach zur Zeit in wesentlichen Punkten über die am 7. Januar 1920 im Reichsversicherungsamt zwischen Landesversicherungsanstalt und Krankenkassen aufgestellten Richtlinien für die Behandlungsgemeinschaft der Geschlechtskrankheiten hinaus

gerade hier in Frage kommenden Kranken beiderlei Geschlechts erforderlichen Eigenschaften, insbesondere soziales Verständnis und Verschwiegenheit besitzt, ferner die Versicherungsverhältnisse des einzelnen Falles aufklären kann, kurz in der Lage ist, den ärztlichen Leiter in dessen mehr medizinischen Aufgaben durch möglichst selbständige Erledigung der bureaumäßigen Geschäfte zu unterstützen. Am zweckmäßigsten erscheint hier ein in der Führung von Bureaugeschäften erfahrener Beamter oder Angestellter, der die fraglichen Geschäfte außer anderen Dienstobliegenheiten erledigt. Gegebenenfalls ist auch noch die Einstellung einer Schreibhilfe erforderlich geworden, namentlich bei größeren Beratungsstellen. Bei diesen ist außerdem die Hilfe einer Schwester in den Sprechstunden, namentlich für die Blutentnahmen für die Wassermannsche Reaktion, nicht zu entbehren. Bei der Beratungsstelle in Düsseldorf wird die Wassermannsche Untersuchung in dem bei der Landesversicherungsanstalt bestehenden Laboratorium vorgenommen. Die Blutuntersuchungen erfolgen hier unter Aufsicht des ärztlichen Leiters der Beratungsstelle von einer bakteriologisch geprüften Laborantin unter Kontrolle des Landesmedizinalrats der Versicherungsanstalt.

Bei der Auswahl der Geschäftsräume der Beratungsstellen wird möglichst Wert darauf gelegt, unauffällig erreichbare, neutral gelegene Diensträume zu bekommen, z. B. in Düsseldorf im Dienstgebäude der Landesversicherungsanstalt, ferner bei Wohlfahrtsämtern, Versicherungsämtern usw. Nicht zweckmäßig ist es, die Beratungsstelle in Krankenanstalten mit besonderer Abteilung für Geschlechtskranke oder in das Sprechzimmer eines Facharztes für Geschlechtskranke zu verlegen. Auch das auf die Beratungsstelle hinweisende Schild enthält nicht das Wort „Geschlechtskranke".

II. Geschäftstätigkeit. Was den Geschäftsverkehr der Beratungsstelle betrifft, so ist an die Spitze der Satz zu stellen, daß eine Behandlung der Kranken in der Beratungsstelle unter keinen Umständen stattfindet. Aufgabe der Beratungsstelle ist es vielmehr lediglich zunächst festzustellen, ob eine Geschlechtskrankheit vorliegt, d. h. also die Diagnose zu prüfen durch Untersuchung, insbesondere durch Wassermann und Mikroskop. Gleichzeitig wird der Kranke über die Art seines Leidens, die Ansteckungsgefahr und das von ihm zu beachtende Verhalten belehrt.

Im einzelnen gestaltet sich das Verfahren etwas abweichend je nachdem die Meldung des Kranken bei der Beratungsstelle durch seinen behandelnden Arzt oder durch den Kranken selbst oder endlich durch andere Versicherungsträger oder eine Behörde erfolgt. Der Regelfall ist der, daß ein Geschlechtskranker, der Mitglied einer Krankenkasse ist, zunächst einen Arzt aufsucht und dieser den Kranken mit einer kurzen ärztlichen Bescheinigung über die Art der Erkrankung, sowie ferner dem Krankenschein oder einer Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse der Beratungsstelle zuschickt. Letztere prüft alsdann die Notwendigkeit der Behandlung und überweist durch besonderes Schreiben

den Kranken an seinen Arzt zur Behandlung auf Kosten der Landesversicherungsanstalt. Der Arzt hat dann die Kur durchzuführen und nach Beendigung einen Bericht über Dauer, Verlauf und Erfolg (Formular der Kostenrechnung) zu erstatten. Falls der Kranke die Kur ohne Grund abbricht, hat der Arzt der zuständigen Beratungsstelle sofort hiervon Mitteilung zu machen. Bei Nichtkrankenkassenmitgliedern hat der Arzt dem Patienten aufzugeben, seine letzte Invalidenquittungskarte und eventuelle Unterlagen zum Nachweise seiner Bedürftigkeit bei der Beratungsstelle vorzulegen. Bei Familienangehörigen eines Kassenmitgliedes ist festzustellen, ob nach der Kassensatzung Anspruch auf Familienhilfe besteht. In diesem Falle ist ebenfalls ein Krankenschein bei der Beratungsstelle vorzulegen. Sind die Voraussetzungen für das Eingreifen der Armenverwaltung gegeben, oder handelt es sich um Prostituierte oder sittenpolizeilich gemeldete Personen, so kommt eine Behandlung auf Kosten der Beratungsstelle grundsätzlich nicht in Frage.

Nach Abschluß der Kur sendet der Arzt seine Kostenrechnung (nach Vordruck) an die zuständige Beratungsstelle, die sie mit dem nötigen Prüfungsvermerk an den Vorstand der Landesversicherungsanstalt schickt. Von da aus werden die Beträge unmittelbar an die Herren Ärzte bezahlt.

Sollte ausnahmsweise der Kranke, namentlich der Kassenkranke, sich trotz eingehender Belehrung weigern, die Beratungsstelle aufzusuchen, so kann natürlich eine Behandlung auf Kosten der Landesversicherungsanstalt in der von ihr gewährleisteten gründlichen Weise nicht erfolgen. Irgendein Zwang wird auf den Kranken zum Zwecke der Meldung nicht ausgeübt. Nur kann dann die Krankenkasse, welche in der Krankenordnung ihre Mitglieder zur Meldung bei der Beratungsstelle verpflichtet hat, ihrerseits mit Ordnungsstrafen vorgehen. (Entsch. des RVA. v. 3. Dez. 1920, Amtl. Nachrichten des RVA's. 1921 S. 180.)

Ausdrücklich hervorzuheben ist noch, daß die Landesversicherungsanstalt grundsätzlich Kurkosten nur in denjenigen Fällen vergütet, in denen die Behandlung durch eine ihrer Beratungsstellen eingeleitet worden ist. Selbstredend werden aber die Kosten einer notwendigen ersten Hilfeleistung (insbesondere der ersten Salvarsaninjektion bei frischer Lues) auch dann übernommen, wenn der Arzt gleich beim ersten Besuch des Kranken diese Verrichtung pflichtgemäß vorgenommen hat, und erst später der Fall von der Beratungsstelle übernommen und in die Behandlung des betreffenden Arztes gegeben wird. Sollte sich bei einem der Beratungsstelle überwiesenen Falle ergeben, daß Geschlechtskrankheit nicht vorliegt, so wird dies dem Arzt gegebenenfalls unter Rückgabe des Krankenscheins von der Beratungsstelle mitgeteilt.

Meldet sich ein Kranker direkt bei der Beratungsstelle, oder wird er von der Krankenkasse oder einer Behörde der Beratungsstelle zugeschickt, ohne vorher einen Arzt aufgesucht zu haben, so ist der Geschäftsgang im wesentlichen der gleiche wie bei einer Meldung durch den Arzt, nur mit dem Unterschiede, daß der Kranke bei der Beratungs stelle wählen kann, welchem Arzte er zur Behandlung überwiesen werden

will. Daß von der Landesversicherungsanstalt jedes Kurpfuschertum von der Mitarbeit bei den Beratungsstellen rücksichtslos ausgeschaltet wird, und nur approbierte Ärzte für die Behandlung zugezogen werden, bedarf bei der bekannten Stellungnahme der Versicherungsträger zu dieser Frage wohl kaum einer besonderen Erwähnung.

Für jeden Kranken wird bei der Beratungsstelle ein Krankenblatt in Form von Kartenblättern (für Männer rot, für Frauen grün) angelegt und bei der weiteren Überwachung fortlaufend ergänzt. Bei Wohnungswechsel wird eine Abschrift dieser Karte der Beratungsstelle des neuen Wohnortes übersandt. Die Schreiben der Beratungsstelle an den Kranken, insbesondere die Vorladungen erfolgen in unauffälligem Briefumschlag ohne Aufdruck „Beratungsstelle" oder dergl. Irgendwelche Zwangsmittel bei Nichterscheinen werden nicht angewandt. Ein kurzgefaßtes Merkblatt „dringende Mahnungen" gibt für den Kranken die nötigen Aufklärungen und Verhaltungsmaßregeln.

Die Werbetätigkeit für den Besuch der Beratungsstelle erfolgt hauptsächlich durch Vermittlung der Ärzte, Krankenkassen, Wohlfahrtsämter usw., sowie durch Vorträge und periodische Anzeigen in den Tageszeitungen, z. B. die Veröffentlichung der Sprechstunden der Beratungsstelle durch das Wohlfahrtsamt zusammen mit den entsprechenden Bekanntmachungen der Sprechstunden für Tuberkulosefürsorge, Säuglingsfürsorge, Mütterberatung usw. Dagegen werden Plakate, Flugblätter und ähnliche mehr sensationelle Mittel nicht benutzt, da dies erfahrungsgemäß den Besuch der Beratungsstellen nicht günstig beeinflußt.

Daß die Beratungsstelle in streng verschwiegener und diskreter Weise arbeitet, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden. § 300 des RStrGB. und § 141 der RVO. bedrohen eine Verletzung dieser Pflicht zur Verschwiegenheit mit Geldstrafe oder Gefängnis bis zu 3 Monaten.

C. Kosten und Heilerfolge, insbesondere Arzt- und Arzneikosten.

I. Jede Bekämpfung einer Volksseuche ist letzten Endes eine Kostenfrage. Über die in den letzten 3 Jahren (1918—1920) von der Landesversicherungsanstalt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aufgewendeten Kosten gibt folgende Übersicht Auskunft:

A. Kosten der Beratungsstellen:	
1. persönliche Kosten (Arzt und Bureaupersonal) .	245216,80 M.
2. Sächliche Kosten (Miete, Inventarabschreibung, Porto, Bureaubedarf)	118536,34 „
B. Kosten der Beratung:	
1. Wassermannsche Blutuntersuchung	106765,55 „
2. Reisekosten der Kranken bei der Beratung . .	13494,29 „
3. Lohnausfall der Kranken bei der Beratung . .	21500,80 „
C. Behandlungskosten:	
1. für Versicherte	2085449,21 „
2. für Nichtversicherte	927009,61 „
Summe	3517972,60 M.

Hiernach sind im ganzen in diesem dreijährigen Zeitraum über $3^1/_2$ Millionen Mark von der L. V. A. aufgewendet worden. Beraten wurden in den 3 Jahren 38527 Personen, in Behandlung genommen 24498 Personen. Hieraus folgt, daß der Fall einer Beratung durchschnittlich 13,12 M. und der Fall einer Kur durchschnittlich 122,96 M. gekostet hat. Im Haushaltplan der L. V. A. für 1921 sind für Heilverfahren annähernd 24 Millionen vorgesehen, von denen ein beträchtlicher Teil wiederum der Geschlechtskrankenfürsorge zugute kommen wird.

II. Eine Statistik über die bei der Behandlung erzielten Kurerfolge begegnet z. Z. noch großen Schwierigkeiten. Es liegt dies hauptsächlich in der Art der Krankheiten, namentlich der Syphilis. Das Urteil über die endgültige Heilung bei Salvarsankuren ist, abgesehen von einer rechtzeitig eingeleiteten Abortivkur, außerordentlich schwer. Fälle, die längere Zeit eine negative Wassermannreaktion aufweisen, werden später wieder plötzlich positiv. Ferner würden Fälle, die an sich einen Heilerfolg aufweisen würden, durch eine dem Arzt verheimlichte oder dem Patienten selbst unbekannte Neuinfektion als ungeheilt in der Statistik unrichtigerweise gebucht werden. Endlich lassen sich z. Z. die einzelnen Fälle bei dem häufigen Wohnungswechsel der hier fraglichen Kranken, die außerdem z. T. falsche Adressen angeben, und den noch ungenügenden gesetzlichen Bestimmungen ihrer Kontrolle nicht lange genug verfolgen, um eine einigermaßen zuverlässige Heilstatistik anlegen zu können.

Man wird sich vorläufig damit zufrieden geben müssen, die Mittel möglichst so zu verwenden, daß die für die Ansteckung gefährlichsten Fälle einer möglichst schnellen Heilung zugeführt werden. Der Erlaß des im Entwurf vorliegenden Gesetzes betr. die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird vielleicht auch bezüglich der Heilstatistik einen Fortschritt ermöglichen. Hervorzuheben aber ist, daß jetzt schon die Beratungsstellen mit ihren Krankenblättern und der Kontrolle der einzelnen Fälle ein außerordentlich wertvolles Material für die wissenschaftliche Erforschung der Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Salvarsantherapie liefern.

III. Die Teuerung der jetzigen Zeit, die allgemein zur Neuordnung der ärztlichen Gebühren (Preuß. Gebührenordnung vom 1. September 1920) geführt hat, veranlaßte den Vorstand, auch eine wesentliche Erhöhung der von der Landesversicherungsanstalt für die Behandlung der Geschlechtskrankheiten an die Ärzte zu zahlende Gebührensätze vorzunehmen. Die diesbezüglichen Vorschläge betr. Erneuerung des Ende 1920 abgelaufenen Abkommens mit den Ärzten wurden von der Rhein. Ärztekammer rechtzeitig dem Vorstand der L.V.A. unterbreitet und zunächst mit den Vorständen größerer Ärztevereine und einigen Fachärzten beraten. Darauf wurden die neuen, ab 1. Januar 1921 gültigen Sätze und Bestimmungen in einer bei der Landesversicherungsanstalt abgehaltenen gemeinsamen Sitzung der Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassenverbände der Rheinprovinz in folgender Fassung beschlossen.

Gebührenordnung

für die Behandlung von Geschlechtskrankheiten auf Kosten der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (Beratungsstellen).

	Mark
1. Jede Beratung ohne Behandlung	4,00
Diese Beratungsgebühr kann bei der ersten Beratung und bei jeder weiteren Beratung, sofern bei letzterer keine besondere Verrichtung (2—8) erfolgt, berechnet werden. Wird eine besondere Verrichtung vorgenommen und berechnet, so ermäßigt sich die zweite und jede weitere Beratungsgebühr auf 3 Mark.	
2. Intravenöse Injektion	20,00
3. Intramuskuläre oder ubkutane Injektion	6,00
4. Mikroskopische Untersuchung mit Anwendung von Färbeverfahren oder Dunkelfeld (nur bei Spirochäten)	20,00
4a. Mikroskopisches Präparat bei Untersuchung auf Gonokokken	6,00
5. Urin-Untersuchung	3,00
6. Einführung gebogener Sonden — für die Sitzung	10,00
7. Massage oder instrumentelle Behandlung der Prostata oder instrumentelle Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. . . .	6,00
8. Blasenspülungen oder ähnliche Verfahren nach Janet, Guyon, Ulmann usw.	8,00
9. Schlußbericht, jedoch nur, wenn ein ausführlicher Krankheitsbericht gegeben wird	5,00

Sind außer den genannten besonderen Verrichtungen besondere Maßnahmen im Einzelfalle erforderlich, so können hierfür die Mindestsätze der preuß. Gebührenordnung in Anrechnung gebracht werden, wenn vorher die Genehmigung der zuständigen Beratungsstelle eingeholt worden ist.

Eine zweimalige Beratung oder Behandlung an ein und demselben Tage kann nur vergütet werden, wenn sie im Einverständnis der Beratungsstelle erfolgt ist.

Die vorstehende Vereinbarung tritt am 1. 1. 1921 in Kraft und bleibt gültig, sofern sie nicht von der Landesversicherungsanstalt oder dem Vorstand der Ärztekammer der Rheinprovinz mit vierteljähriger Frist zum Schlusse eines Kalendervierteljahres gekündigt wird.

Die neuen Gebührensätze sind von der Ärztekammer in den medizinischen Fachzeitschriften bereits bekannt gegeben. Der Vorstand hat sie in einem besonderen Rundschreiben an diejenigen Ärzte, welche sich zur Übernahme der Behandlung von Geschlechtskranken bereit erklärt haben oder in Zukunft bereit finden wollen, noch besonders aufgenommen. Hierbei sind auch die nötigen Aufklärungen über den Verkehr mit den Beratungsstellen gegeben, da bisher leider ein großer Teil der Ärzte immer noch in Unkenntnis dieser ganzen für die Kranken, wie auch für den Ärztestand außerordentlich wichtigen Einrichtung lebt. Gegebenenfalls sollen auch die im Jahre 1919 in der Rheinprovinz von verschiedenen Leitern der Beratungsstellen abgehal-

tenen Kurse für Ärzte über Frühdiagnose der Syphilis und andere fachärztliche Fragen, sowie über den Geschäftsverkehr der Ärzte mit den Beratungsstellen erneut stattfinden. Solche Kurse werden außerdem gegenwärtig an der neugegründeten Sozialhygienischen Akademie in Düsseldorf abgehalten.

Da zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten auf Kosten der Landesversicherungsanstalt grundsätzlich jeder Arzt zugelassen ist, mußte darauf Bedacht genommen werden, den bei dieser freien Arztwahl vorkommenden Fällen von Vielbehandlung zu begegnen. In der richtigen Erkenntnis, daß durch solche Auswüchse nicht nur die Versicherungsträger, sondern besonders auch der Ärztestand selbst empfindlich geschädigt wird, sollen durch besondere Ärztekommissionen, gebildet aus den örtlichen Krankenkassenkommissionen der Ärzte unter Hinzuziehung des Leiters der Beratungsstelle, die zu beanstandenden Liquidationen nachgeprüft werden. Hierzu ist die Führung einer besonderen Statistik über die Rechnungen eines jeden behandelnden Arztes erforderlich. Eine gleiche Statistik hat sich hinsichtlich der Kosten für stationäre Behandlung von Geschlechtskranken in Krankenhäusern als zweckmäßig erwiesen, da hierdurch eine Nachprüfung dieser immer sehr erheblichen Kosten ermöglicht wird, insbesondere auch dahingehend, ob nicht eine ambulante Behandlung in vielen Fällen genügt hätte.

IV. Neben den Arztkosten spielen bei der jetzigen Teuerung auch die Arzneimittelkosten eine große Rolle. Die Landesversicherungsanstalt erhält für die von ihr bezahlte Salvarsanmengen einen je nach Dosis verschiedenen Rabatt von den Höchster Farbwerken. Außerdem haben Verhandlungen mit der Apothekerkammer der Rheinprovinz dazu geführt, bei den einzelnen Apothekervereinen die vertragsmäßig den Krankenkassen zustehenden Ermäßigungen durch Vermittlung dieser Krankenkassen auch für die Rezepte der Beratungsstellen zu verlangen. Auf besonderen Rezeptvordrucken ist außerdem bestimmt, daß bei Wiederholung der Arznei die leeren Flaschen und Gefäße von Patienten wieder mitzubringen oder zu bezahlen sind, und daß Watte, Bandagen, Spritzen usw. nur in Krankenkassenqualität verabfolgt werden dürfen. Durch ein Merkblatt für die Apotheken sind diese Punkte, sowie Einzelheiten der zu fordernden Art der Verabfolgung und Berechnung der Arzneien noch besonders hervorgehoben und den Apotheken mitgeteilt worden.

D. Beteiligung anderer Versicherungsträger und Behörden.

Das Bild, welches von der Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gegeben werden soll, würde unvollständig sein, wenn nicht gleichzeitig der Mitwirkung anderer Versicherungsträger und anderer Stellen gedacht würde.

Über die Behandlungsgemeinschaft mit den Krankenkassen ist bereits in der geschichtlichen Einleitung (unter A) das Erforderliche gesagt worden.



I. Zunächst ist hier eine Vereinbarung der verschiedenen Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten zu erwähnen.

Um ein rasches Eingreifen der Beratungsstellen bei solchen Kranken zu ermöglichen, bei denen zweifelhaft sein kann, welche Landesversicherungsanstalt oder Sonderanstalt für die Übernahme der Kosten zuständig ist, haben sämtliche[1]) Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten ein Abkommen vereinbart (Lübecker Abkommen) wonach die Übernahme und Durchführung der Heilbehandlung von Geschlechtskranken (Syphilis, Tripper, weicher Schanker) erfolgen, soweit nicht alsbald ein anderer Verpflichteter eintritt, unabhängig von Zahl und Art der Versicherungsbeiträge lediglich nach ärztlich anerkanntem Bedürfnis seitens desjenigen Versicherungsträgers, durch dessen Beratungsstelle der Fall überwacht wird. Die Versicherungsanstalt der Beratungsstelle führt alsdann das Heilverfahren nach den für sie maßgebenden Grundsätzen solange durch, bis die alsbald zu benachrichtigende Versicherungsanstalt des Wohn- — oder in Ermangelung eines solchen — des Aufenthaltsorts oder die für den Kranken zuständige Sonderanstalt anderweite Maßnahmen trifft. Endlich zieht die Versicherungsanstalt, welche das Heilverfahren durchführte, nach dessen Abschluß die erwachsenen Kosten, zu denen bei der Beratungsstelle entstandene Kosten nicht zu rechnen sind, von der Versicherungsanstalt des Wohn- oder Aufenthaltsortes oder von der für den Kranken zuständigen Sonderanstalt unter Vorlegung des Nachweises über Krankheit, Heilerfolg und Auslagen wieder ein. Für einzelne Fälle (Aufenthalt im Auslande, Rentenempfänger usw.) sind noch besondere Bestimmungen getroffen. Auch sollen abweichende Vereinbarungen zwischen einzelnen Versicherungsanstalten usw. zulässig sein. Letztere Bestimmung hat für die Regelung in den Grenzbezirken von Rheinland und Westfalen zu besonderen Abmachungen, namentlich hinsichtlich der Beratungsstellen in Essen und Duisburg (Rheinprovinz) sowie Gelsenkirchen und Bochum (Westfalen) geführt. Hiernach haben sich die Landesversicherungsanstalten Rheinprovinz und Westfalen vollkommene Gegenseitigkeit in der Übernahme auch derjenigen Kosten zugesichert, die nach dem Lübecker Abkommen noch der anderen Landesversicherungsanstalt in Rechnung zu stellen wären. Es werden also Westfalen, die eine rheinische Beratungsstelle aufsuchen, von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, und umgekehrt Rheinländer, die eine westfälische Beratungsstelle aufsuchen, von der Landesversicherungsanstalt Westfalen kostenlos nach den bestehenden Grundsätzen der angegangenen Beratungsstelle beraten und behandelt.

II. Auch mit dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte schweben z. Z. Verhandlungen, die eine Beteiligung an den Kosten der Behandlung von Geschlechtskranken bezwecken. Außer einem Zuschuß der Reichsversicherungsanstalt zu den Kosten

[1]) Nur die L. V. A. Berlin hat ihren Beitritt zu dem Abkommen mit der Begründung abgelehnt, daß es auf ihre Verhältnisse nicht passe.

der Beratungsstellen ist die Übernahme der Behandlungskosten nach einem bestimmten Verteilungsplan vorgesehen.

Der Bochumer Knappschaftsverein trägt als Sonderanstalt auf Grund des Lübecker Abkommens und nach besonderen Abmachungen alle Kosten, die durch Kuren geschlechtskranker Knappschaftsmitglieder und deren Angehörigen entstehen. Dies gilt insbesondere auch für den Fall, daß ein Knappschaftsmitglied sich an eine Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz wendet und diese die Kur einleitet.

Endlich haben auch die Eisenbahnbetriebskrankenkassen allgemein die Übernahme der Kosten zugesagt, die durch Kuren ihrer geschlechtskranken Mitglieder den Beratungsstellen erwachsen.

III. Auch der Fürsorge geschlechtskranker Gefangenen in Strafanstalten, sowie der Fürsorgezöglinge in Fürsorgeerziehungsanstalten, deren Insassen zum sehr großen Teil geschlechtskrank sind, hat die Landesversicherungsanstalt neuerdings ihre Aufmerksamkeit gewidmet. Während bei letzteren eine ausreichende Behandlung durch Übernahme der Kosten als Fürsorgeerziehungskosten durch den Provinzialverband schon gesichert ist, steht hinsichtlich der Strafgefangenen eine Regelung mit den Generalstaatsanwälten in Köln und Düsseldorf unmittelbar bevor. Z. Z. werden daher leider noch keine Salvarsankuren, sondern grundsätzlich nur Schmierkuren in diesen Strafanstalten ausgeführt. Die Landesversicherungsanstalt übernimmt aber auch hier schon die Beratung durch geeignete Anstaltsärzte, insbesondere die Kosten der erforderlichen Untersuchung (Wassermann usw.).

IV. Die mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in enger Verbindung stehenden Fragen der Prostitution werden von der Landesversicherungsanstalt, soweit sie für den Verkehr der Beratungsstellen von Bedeutung sind, besonders verfolgt. Hierher gehört der Geschäftsverkehr der Polizeifürsorgerinnen mit den Beratungsstellen, die Auswahl der für die Polizeifürsorge einerseits und die Beratungsstellen andererseits in Betracht kommenden Personen, d. h. die grundsätzliche Fernhaltung der Prostituierten (auch der klandestinen Prostitution) vom Besuch der Beratungsstellen, ferner die Abgrenzung der Kostenfrage bei der Behandlung solcher Personen, die grundsätzlich auf Polizei- bzw. Armenkosten zu behandeln sind, die Frage der Schaffung besonderer Zufluchtshäuser für die stationäre Behandlung weiblicher Geschlechtskranker, kurz alle mit dieser dunkelsten Seite des ganzen Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten zusammenhängenden Fragen. Unter Mitwirkung der Leiter der Beratungsstellen mit ihren praktischen Erfahrungen, ferner der Fürsorgerinnen und der Pflegerinnen in Stadt und Land und der Wohlfahrtsämter, und unter Berücksichtigung auch der einschlägigen Bestrebungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in deren Ausschuß die Landesversicherungsanstalt vertreten ist, ist letztere ständig bestrebt, eine Lösung dieser außerordentlich schwierigen Fragen zu finden. Von hoher Bedeutung sind hierbei nicht zuletzt diejenigen Stellen, die, sei es beruflich oder



charitativ durch sittlich-religiöse Belehrung und Einwirkung, sowie durch Werke tätiger Nächstenliebe entscheidend in den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten eingreifen und das oft namenlose körperliche und seelische Leiden der unglücklichen Opfer in Haus und Familie zu heilen suchen. Es ist selbstverständlich, daß sich die Landesversicherungsanstalt auch mit diesen letztgenannten Stellen, wo immer sich die Gelegenheit bietet, zu gemeinsamer Arbeit zusammenfindet, in der Erkenntnis, daß nicht nur an die körperliche Gesundung und an die Wiederherstellung der Arbeitskraft, sondern in noch höherem Maße an die sittliche Gesundung des Einzelnen und der Familie die Zukunft unseres Volkes gebunden ist.

Wenn im vorstehenden versucht worden ist, in knappen Umrissen ein Bild von der weitverzweigten Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt auf dem Gebiete der Geschlechtskrankenfürsorge zu geben, so mögen zum Schluß kurz die Richtlinien hervorgehoben werden, die sich für die allgemeine praktische Bekämpfung dieser Seuche hieraus ergeben. Es ist dies, um es kurz zu sagen, die Forderung, daß alle praktische Heilfürsorge für Geschlechtskranke, von welcher Stelle sie auch immer ausgehen mag, sich auf die Tätigkeit der Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt einstellen muß, daß sie auf die Beratungsstellen hinweisen, ihren Besuch empfehlen und ihre Arbeit unterstützen muß. Dies gilt in erster Linie für die Ärzte und Ärztinnen, die ihre hier in Betracht kommenden Kranken möglichst restlos der Beratungsstelle zuführen sollen.

Dies gilt in zweiter Linie für die Fürsorgerinnen in Stadt und Land, die überall da, wo es ihnen notwendig erscheint, die Bevölkerung über die segensreiche, streng verschwiegene und kostenlose Tätigkeit der Beratungsstellen aufklären sollen und da, wo sie eine Geschlechtskrankheit vermuten, den Betreffenden zum ungesäumten Aufsuchen der Beratungsstelle in diskreter Weise bestimmen sollen. Dies gilt ferner für die Krankenkassen, die ihre geschlechtskranken Mitglieder und deren Familienangehörige ebenfalls der Beratungsstelle melden sollen, und die in ihre Krankenordnung eine Bestimmung aufnehmen sollen, wonach die geschlechtskranken Mitglieder verpflichtet sind, auf Vorladung bei der Beratungsstelle zu erscheinen und deren Anordnungen zu befolgen, sowie auch nichtversicherte geschlechtskranke Familienangehörige hierzu anzuhalten. (Entsch. des R.V.A. vom 3. Dezember 1920, Amtl. Nachrichten des R.V.A's. 1921 S. 180.) Es gilt dies endlich für jede Werbetätigkeit im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, bei der es an den nötigen Hinweisen auf die Organisation und Tätigkeit der Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt nicht fehlen darf, mag es sich nun um Plakate oder Anzeigen oder um Filmvorführungen, oder um wissenschaftliche, insbesondere sozial-hygienische Fortbildungskurse für Ärzte und andere Berufsgruppen handeln. Überall ist die Beratungsstelle als Mittelpunkt der praktischen Fürsorge hervorzuheben.

Die hier aufgestellte Forderung findet auch Berücksichtigung in dem Entwurf des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, indem hier im § 7 bestimmt ist, daß der Arzt bei Behandlung einer ansteckenden Geschlechtskrankheit „der Beratungsstelle Anzeige zu erstatten hat, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung entzieht, oder wenn er andere infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet". Zu begrüßen ist einerseits, daß hier die Beratungsstelle als diejenige Stelle bezeichnet wird, an welche die Meldung zu erfolgen hat, und nicht die Gesundheitsbehörde, letztere vielmehr erst in Kenntnis gesetzt werden muß, wenn der Kranke den Anweisungen der Beratungsstelle nicht nachkommt. Irgendwelche Zwangsmittel werden also auch nach dem Entwurf seitens der Beratungsstelle nicht ausgeübt werden. Hierfür ist vielmehr die Gesundheitsbehörde nach Maßgabe der näheren Bestimmungen im § 3 des Entwurfs zuständig. Ob aber anderseits die im Entwurf festgesetzte „beschränkte" Anzeigepflicht des § 7 große praktische Bedeutung haben wird, muß bezweifelt werden. Einmal, weil die Voraussetzungen der Meldepflicht recht dehnbar sind und der Beurteilung und dem Gewissen des einzelnen Arztes einen außerordentlichen weiten Spielraum lassen, und sodann, weil die im § 7 des Entwurfs ausgesprochene Meldepflicht eine lex inperfecta ist, der keinerlei Strafandrohung bei Verletzung dieser Meldepflicht zur Seite steht, wie dies beispielsweise in dem entsprechenden schwedischen Gesetz durch Androhung einer Geldstrafe ausdrücklich vorgesehen ist. Sollte daher der Entwurf in dieser Form Gesetz werden, so wird es wesentlich wie bisher auf die soziale Einsicht der Ärzte und ihre freiwillige Unterstützung der Beratungsstellen ankommen. Dieser einsichtsvollen Unterstützung der rheinischen Ärzte verdanken wir zum großen Teil unsere bisherigen Erfolge in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und dürfen wohl ihrer Mitarbeit auch für die Zukunft gewiß sein, selbst wenn — was allerdings zu bedauern wäre — eine praktisch wirksame Meldepflicht reichsgesetzlich nicht ausgesprochen werden sollte.

Ein Vorschlag zum Kapitel „Bekämpfung der Syphilis".

Von

Dr. **Johannes Fick,** Wien.

Im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten wäre sehr viel gewonnen, wenn es möglich wäre, diese Krankheiten von dem Odium, das ihnen eben als Geschlechtskrankheiten anhaftet, zu befreien, wenn es möglich wäre, sie aus der Sexualsphäre herauszuheben und sie den Erkrankungen aller anderen Organe vollkommen gleichzustellen, daß sie überall, von Mann und Frau, von jung und alt ganz öffentlich besprochen werden könnten. Wenn es gelänge, die Erörterung der Geschlechtskrankheiten ebenso salon- und kinderstubenfähig zu machen, wie die eines Furunkels, eines Schnupfens oder dgl., wären wir der Eindämmung der venerischen Krankheiten um ein Beträchtliches näher. Es ist nun von vornherein klar, daß dieses Entrücken der Geschlechtskrankheiten aus der Sexualsphäre ganz unmöglich ist beim Tripper, beim Ulcus molle und den übrigen nicht luetischen Geschwürsprozessen am Genitale. Für die Volksgesundheit ist aber von diesen Erkrankungen nur der Tripper von Bedeutung. Ihm das Odium einer Geschlechtskrankheit zu nehmen, ist unmöglich, weil man von ihm ohne ausführliche Beschreibung oder wenigstens Erwähnung der Geschlechtsorgane nicht sprechen kann.

Ganz anders steht es mit der Syphilis. Diese ist — und dieser Standpunkt ist ja nicht nur dem Laien gegenüber, sondern auch fachwissenschaftlich vertretbar — gar keine Geschlechtskrankheit, sondern eine Erkrankung des Gesamtkörpers. Die Syphilis ist überhaupt nur per nefas unter die Geschlechtskrankheiten geraten, weil die Eingangspforte des Virus in der überwiegenden Zahl der Fälle — in den Kulturstaaten wenigstens — sich an den Geschlechtsorganen befindet. Es muß also, so sollte man glauben, doch nicht allzu schwierig sein, die Syphilis aus ihrer falschen Stellung im System der Krankheiten und in der Vorstellung des Publikums herauszuheben, wenn man den Hebel am richtigen Punkt ansetzt. Ich bin nun der Ansicht, daß sich dies auf einfache Weise durch

Ausführung eines Vorschlages erreichen ließe, den ich als These hierher setze und im nachstehenden begründen werde. Ich verlange:

Zwangsweise Vornahme der Wassermannreaktion, wiederholt bei Intervallen von 6—12 Monaten, bei der Gesamtbevölkerung, **ohne** gleichzeitige sonstige Untersuchung, **ohne** aufdringliche Beratung, **ohne** Zwangsbehandlung bei positivem Ausfall der Reaktion, überhaupt **ohne** weitere Konsequenzen.

Ich verlange also, daß bei allen Staatsbürgern, ohne Unterschied des Alters und des Geschlechts die Wassermannreaktion vorgenommen wird, so daß also jedermann bis zu einem gewissen Termin einen Wassermannbefund haben muß. Das ist Zwang, sonst nichts. Ich bin der Ansicht, daß durch diese Maßnahme in allerkürzester Zeit die Syphilis ihren Charakter als Geschlechtskrankheit im Bewußtsein des Publikums verlieren würde. Man stelle sich nur anschaulich vor, was es bedeutet, wenn plötzlich jedermann, ohne jede Ausnahme, gezwungen ist, einen Wassermannbefund zu besitzen, wenn somit der Wassermannbefund auf gleiche Stufe gestellt wird mit dem Geburtsschein, dem Heimatschein, dem Impfzeugnis oder dgl. Man vergegenwärtige sich nur, was es bedeutet, wenn der Wassermannbefund zu einem Dokument wird, das der ehrwürdige Prälat oder der hochangesehene Bürger ebenso besitzen muß, wie der Landstreicher oder ein sonstiger Paria der Gesellschaft. Gerade die besonders ehrsamen Mitbürger werden dafür sorgen, den Wassermannbefund jedes Odiums zu entkleiden. Es ist ein besonders glücklicher Zufall, daß die Wassermannreaktion sich so ohne jegliche Verletzung des Schamgefühls vornehmen läßt, wie kaum eine andere ärztliche diagnostische Manipulation. Deswegen lege ich aber auch besonderes Gewicht darauf, daß eben nur die Wassermannreaktion zwangsweise vorgenommen werde, sonst keine weitere Untersuchung. Es wäre dem Arzt oder der Hilfsperson, die die Blutentnahme besorgt, geradezu ausdrücklich zu verbieten, anamnestische Fragen zu stellen. Die die Blutentnahme besorgende Person hat nichts weiter zu tun, als die Identität des zu Untersuchenden festzulegen und das Blut aus der Fingerbeere oder einer Armvene zu entnehmen und dem mit der Ausführung der Reaktion betrauten serodiagnostischen Institut zu übermitteln. Die Ausführung der Reaktion muß selbstverständlich hierzu autorisierten staatlichen oder ad hoc autorisierten privaten Instituten, die erfahrungsgemäß verläßlich arbeiten, vorbehalten bleiben,

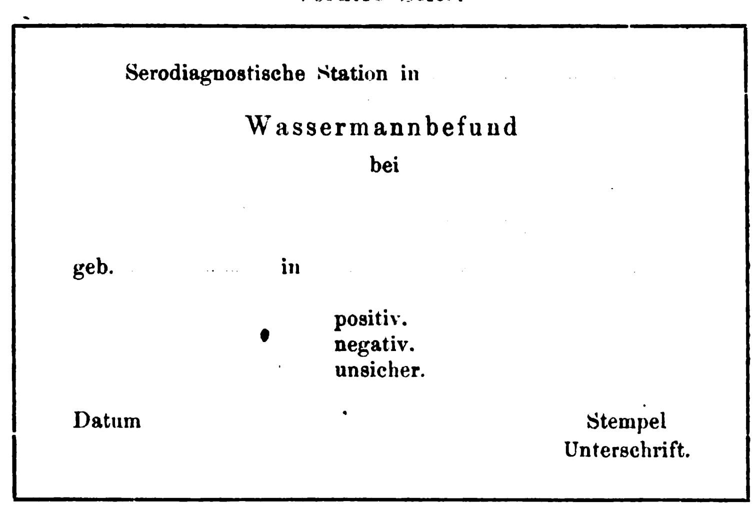
dagegen soll es jedem zu Untersuchenden freistehen, die Blutentnahme entweder gratis in einer ad hoc einzurichtenden Blutentnahmestelle oder, wenn ihm das lieber ist, gegen Bezahlung von einem beliebigen Arzt (Hausarzt, Spezialist) vornehmen zu lassen. Jedermann muß sich einen Wassermannbefund beschaffen; wie, das sei seinem freien Ermessen überlassen, jeder mache es, wie es ihm am meisten zusagt oder am bequemsten ist. Ist jemand reich, so sei es ihm unbenommen, sich das Blut in seiner Wohnung von einem berühmten Chirurgen entnehmen zu lassen; der Chirurg hat dann das Blut an das serodiagnostische Institut zu befördern und den Befund dem reichen Manne zuzustellen. Andererseits wird der überhaupt oder ad hoc Unbemittelte sich einfach von den von Amtswegen mit der Blutentnahme betrauten Personen die Blutprobe abnehmen lassen. Der Befund wird jedem, ob arm ob reich, in versiegeltem Umschlag ad personam, also diskret (weil einfach ins Gebiet des ärztlichen Berufsgeheimnisses bzw. des Amtsgeheimnisses fallend, nicht wegen der Beziehung zur Syphilis) zugestellt, die Blutentnahme aber ist, und darauf lege ich Gewicht, durchaus öffentlich und weil sie eben alle trifft, ja auch gar nicht der Diskretion bedürftig. Das Blut wird aus der Fingerbeere oder einer Armvene entnommen. Gefragt darf nichts werden (außer den Personaldaten zur Feststellung der Identität). Kein junges Mädchen brauchte sich zu scheuen, zur Blutentnahme ganz allein zu gehen, um so weniger, als es weiß, daß dies jetzt alle Menschen tun müssen. Auch eine vorzeitige sexuelle Aufklärung wird durch die Blutentnahme nicht provoziert.

Die Durchführung meines Vorschlags denke ich mir so. Es erscheint ein Erlaß der Regierung, der kurz gefaßt sein muß und von einer Geschlechtskrankheit gar nicht, wohl aber von der Syphilis (das ist sehr wichtig) spricht, also etwa so: „Die Syphilis droht eine Volksseuche zu werden. Für ihre Erkennung bietet die Blutuntersuchung nach Wassermann einen wichtigen Behelf. Die Regierung sieht sich daher veranlaßt, anzuordnen, daß jeder Staatsbürger ohne Unterschied des Alters und Geschlechts sein Blut untersuchen läßt. Die Blutentnahme wird kostenlos vorgenommen an folgenden Stellen (folgen Adressen der Blutentnahmestellen). Wer sich der Untersuchung, die bis auf weiteres alle 6 Monate zu wiederholen ist, entzieht, wird zwangsweise der Untersuchung zugeführt und ist außerdem (nach § so und so) strafbar. Es steht jedermann frei, die Blutentnahme von einem beliebigen approbierten Arzt vornehmen zu lassen. Bis zum

(folgt Termin) hat jedermann im Besitz eines Wassermannbefundes (das Resultat derUntersuchung des entnommenen Blutes) zu sein."

Der Termin müßte so angesetzt werden, daß sich die ganze Aktion bequem abwickeln ließe. Auf große Eile kommt es nicht an, nur auf das Prinzip, daß die Maßnahme alle ohne Unterschied trifft. Das Formular des Befundes ist nicht ohne Bedeutung. Es soll nach untenstehendem Muster hergestellt sein und namentlich, darauf lege ich besonderes Gewicht, keine Erläuterungen des Resultates der Untersuchung enthalten.

Vordere Seite.


Serodiagnostische Station in

Wassermannbefund

bei

geb. **in**

positiv.
negativ.
unsicher.

Datum **Stempel**
Unterschrift.

Die Erklärung des Befundes muß unbedingt mündlich gegeben werden, aber nur, und das ist wiederum wichtig, wenn der Besitzer des Befundes es wünscht. Jede Aufdringlichkeit ist zu vermeiden. Interessiert einen Menschen der Inhalt seines neuartigen Dokuments zunächst nicht, so lasse man ihn in Ruhe. Er kann mit seinem Befund machen was er will; er kann ihn mit seinen sonstigen Dokumenten sorgfältig aufheben, er kann ihn andererseits aber auch verbrennen. Letzteres allerdings nur auf die Gefahr hin, daß er ihn eines Tages dringend braucht (wenn er von einer amtlichen Stelle aufgefordert wird, den Befund vorzulegen) und dann ihn sich erst wieder neuerdings beschaffen muß. Das Publikum wird übrigens bald merken, daß es für jeden einzelnen nur vorteilhaft ist, wenn er seinen Wassermannbefund stets ebenso bei der Hand hat wie irgendein anderes Personaldokument.

Ich lege das größte Gewicht darauf, daß mein Vorschlag genau so ausgeführt wird, wie ich ihn oben formuliert habe. Ich lege speziell das größte Gewicht darauf, daß jede sonstige Untersuchung bei der Blutentnahme und jede Anamnese unterbleibt, denn das Erreichen des von mir angestrebten Zweckes würde gerade durch die Verbindung der Blutentnahme mit einer sonstigen Untersuchung oder der Aufnahme einer Anamnese wesentlich gestört, ja vielleicht unmöglich gemacht werden. Mein Vorschlag bezweckt ja nicht mehr aber auch nicht weniger, als das Herausheben der

Rückseite.

Es empfiehlt sich für jedermann dringend, über die Bedeutung des umstehenden Befundes einen Arzt zu befragen.

Syphilis aus der Sexualsphäre; das kann er aber nur erreichen, wenn bei der Blutentnahme von nichts anderem die Rede ist, als vom Blut, von der Fingerbeere oder der Armvene. Und gerade wenn und weil bei der Blutentnahme von nichts anderem die Rede ist, wird man, und das will ich erreichen, um so mehr und um so ungenierter anderswo von der zur Syphilis in Beziehung stehenden Wassermannreaktion und somit von der Syphilis selbst sprechen, und zwar von der Syphilis nicht wie von einer Krankheit der Geschlechtsorgane, sondern des Gesamtkörpers. Mehr will mein Vorschlag zunächst gar nicht erreichen. Aber das scheint mir genug zu sein.

Nehmen wir an, mein Vorschlag werde im Jahre 1922 durchgeführt und versetzen wir uns in Gedanken in das Jahr 1925, wo also jedermann schon etwa 5 Wassermannbefunde besitzt. Ich bin der Überzeugung, daß schon 3 Jahre nach Einführung des Wasser-

mannzwanges die Syphilis ungeniert besprochen werden wird, dafür werden schon die Kinder und die Unschuldsprotzen sorgen. Gerade die letzteren werden dafür sorgen, daß der Wassermannreaktion und damit der Syphilis jedes Odium genommen werde. Aber auch die Kranken werden jetzt der Syphilis anders gegenüberstehen. Welche Veranlassung hat denn jetzt der Erkrankte, seine Krankheit zu verheimlichen, wenn seine Krankheit nur eine solche ist, daß die Sachverständigen in der Regierung auch einem unberührten Mädchen zutrauen, von der Krankheit befallen zu sein? Die Aufklärungsarbeit ist mittlerweile ihren Weg fortgegangen, sie hat aber leichteres Spiel gehabt, denn jetzt interessieren sich viel weitere Kreise für die Syphilis, es braucht sich ja auch niemand zu scheuen, die Vorträge über Syphilis zu besuchen. Die Syphilis ist ebenso wie jede andere Erkrankung gelegentliches Gesprächsthema geworden und jeder Erwachsene weiß, daß sie auch durch den Geschlechtsverkehr mit einem Kranken, aber ebensowohl auch durch jede andere innige körperliche Berührung akquiriert werden kann. Die Krankheit wird in der Ideenassoziation nicht mehr so ohne weiteres wie jetzt mit den Geschlechtsorganen in Beziehung gebracht. Ist aber erst das einmal erreicht, dann hat auch die konsequente Behandlung viel freiere Bahn wie 1920.

Ich will mich nicht in utopischen Betrachtungen verlieren, sondern in die Gegenwart zurückkehrend und in die Vergangenheit zurückblickend sagen; daß ich mich kaum an einen einzigen Fall in meiner Praxis erinnern kann, bei dem der Umstand, daß der Patient seine Krankheit zu verheimlichen wünschte, nicht sehr störend gewesen wäre. Selbst wo die äußeren Verhältnisse sehr günstig lagen (wohlhabende, alleinwohnende, in jeder Hinsicht durchaus unabhängige Männer) erschwerte der Umstand des Verheimlichenwollens die Behandlung und nicht wenige Fälle sind mir erinnerlich, wo die Diskretion direkt auf Kosten der Qualität der Behandlung ging. Ich habe beispielsweise Patienten, die Injektionen von unlöslichen Hg-Verbindungen nicht vertrugen, mit löslichen Präparaten behandeln müssen, weil die vorgeschlagene Einreibungskur strikt aus Gründen der Diskretion abgelehnt wurde. Das Herausheben der Syphilis aus der Sexualsphäre ist also gewiß sehr wichtig, vielleicht der springende Punkt. Den angestrebten Zweck wird mein Vorschlag aber nur dann erreichen, wenn er ohne Veränderungen oder „Verbesserungen" durchgeführt wird. Besonders will ich ausdrücklich betonen, daß die Blutentnahmestellen

örtlich unbedingt von Beratungs- oder Behandlungsstellen für Geschlechtskranke getrennt sein müssen und daß der die Blutentnahme besorgende Arzt oder Beamte den Gesundheitszustand des zu Untersuchenden einfach zu ignorieren hat. Er darf allenfalls Fiebernde an dem betreffenden Tage abweisen. Wenn aber, um ein krasses Beispiel anzuführen, ein Individuum zur Blutentnahme erscheint, welches im Gesicht ein sehr auffallendes und eventuell hochinfektiöses Syphilid zeigt, so geht das den Beamten gar nichts an. Der augenscheinlich an Syphilis Erkrankte erfährt in der Blutentnahmestelle genau die gleiche Aufnahme und Amtshandlung wie jeder andere. Die Aufklärungstätigkeit hat ihre Arbeit ganz unabhängig vom Zwangswassermann an anderen Orten fortzusetzen, in derselben Weise wie bisher. Ebenso bleiben natürlich ganz unberührt von meinem Vorschlage alle behördlichen Maßnahmen, die die öffentliche und geheime Prostitution betreffen.

Ich möchte nun gleich einige Bedenken und Einwendungen besprechen, die gegen meinen Vorschlag geltend gemacht werden könnten. Man könnte zunächst einmal gleich gegen den Zwang einer allgemeinen Wassermannuntersuchung Bedenken erheben und ihn als unberechtigten Eingriff in die Rechte der persönlichen Freiheit hinzustellen versuchen. Dieses Bedenken scheint mir aber ganz gegenstandslos zu sein. Der Staatsbürger, der sich in den letzten Jahren soviel von seiner persönlichen Freiheit hat nehmen lassen müssen, wird angesichts des Zwanges, sein Blut untersuchen lassen zu müssen, nicht widerspenstig werden. Er muß sich ja auch der Vakzination unterziehen, wenn die Behörde es verlangt. — Bedenken ernsterer Art könnten sich auf die allgemeine Durchführbarkeit beziehen. Die Schwierigkeiten, die gewiß vorhanden sind, werden sich aber, so meine ich, bei entsprechender Organisation überwinden lassen. Ein Geldopfer des Staates erfordert die Maßnahme allerdings; dieses Opfer muß eben gebracht werden, und zwar nicht in karger Form, sondern so, daß alle notwendigen Einrichtungen so getroffen werden können, daß das Publikum durch die Sache nicht mehr belästigt wird, als eben unbedingt notwendig (zahlreiche Blutentnahmestellen mit reichlich Personal u. dgl.). Wenn vielleicht der eine oder der andere der Blutentnahme sich entzieht, so spielt das keine Rolle. Ja, selbst wenn bei einer Bevölkerungszahl von 60 Millionen Menschen, 2 Millionen sich irgendwie dauernd drücken, so ist das für den mir vorschwebenden Zweck irrelevant und selbst wenn gerade diese 2 Millionen krank wären,

so ist auch das zunächst gleichgültig. Es würde mich durchaus nicht aus der Fassung bringen, wenn z. B. die Untersuchung in Berlin das absurde Resultat von lauter negativen Wassermannreaktionen ergeben würde. Denn die gewonnenen Resultate sollen ja nicht der Statistik dienen, wenigstens nicht jetzt gleich, sondern allenfalls nach Jahren. Die gewonnenen Resultate sollen zunächst überhaupt nicht weiter verwendet werden. Es kommt nur auf die Tatsache an, daß überhaupt allgemein nach Wassermann öffentlich untersucht wird; es kommt mir nur darauf an, das betone ich nochmals, die Syphilis auf dem Wege der allgemeinen und zwangsweisen Wassermannuntersuchung im Volksbewußtsein aus dem Geheimfach der Geschlechtskrankheiten auf den Präsentierteller der Öffentlichkeit zu befördern. Ich will — zunächst wenigstens — gar nicht wissen, wieviel Menschen mit einem positiven Wassermann, id est Syphilis, in einer Stadt vorhanden sind, sondern ich will nur, daß alle Einwohner — einzelnen Drückebergern sei der Triumph ununtersucht zu bleiben gegönnt — die Wassermannreaktion, von der durch den Regierungserlaß ja allgemein bekannt ist, daß sie zur Syphilis in Beziehung steht, bei sich vornehmen lassen. Am schwerwiegendsten dürfte der Einwand sein, ich schlüge eine halbe Maßregel vor, die noch dazu mit kaum ganz vermeidbaren Fehlerquellen behaftet sei und gar keine Maßregel sei besser als eine halbe. Es sei aber eine halbe Maßregel, wenn ich zwar alle Menschen nach Wassermann untersuchen, dann aber alle, die eine positive Reaktion zeigen, einfach laufen lasse, ihnen nicht einmal die Notwendigkeit einer Behandlung nahe legen lasse. Auf diesen Einwand kann ich ganz allgemein erwidern, daß zur Erreichung des mir vorschwebenden Zieles die Maßregel eben nicht eine halbe, sondern eine ganze ist, denn ich zwinge durch sie alle Menschen, sich mit der Syphilis zu befassen, insofern, als sich ja alle behufs Vornahme einer für Syphilis charakteristischen Reaktion Blut entnehmen lassen und somit einen auf die Syphilis Bezug habenden Befund unter ihren Personaldokumenten besitzen müssen. Ob dieser Befund in jedem einzelnen Falle überall stimmen würde mit einer genauen sonstigen Untersuchung des betreffenden Individuums auf Syphilis, ist ja für meinen Zweck ganz gleichgültig. — Die Befürchtung, daß jemand, der von einer Infektion nichts gewußt hat, durch ein ihm gänzlich unerwartet kommendes positives Resultat der Wassermannreaktion psychisch schwer alteriert werden könnte, ist wohl berechtigt, spielt aber, wenn es sich ums Gesamtwohl handelt, kaum eine Rolle und wenn

jemand, der von seinem Arzt auf Grund einer genauen Gesamtuntersuchung für luetisch und behandlungsbedürftig erklärt wurde, jetzt zu seinem Erstaunen ein negatives Reaktionsresultat bekommt und daraufhin vielleicht die Behandlung unterläßt, so ist das auch kein Unglück, denn das willkürliche Unterlassen der Behandlung oder das Unvollendetlassen einer begonnenen Kur ereignet sich ja auch jetzt und sehr häufig gerade deswegen, weil der Kranke das Verheimlichen seiner Kur nicht mehr durchführen kann. Gegen eine mißverständliche Auffassung des Untersuchungsresultats schützt übrigens der ausdrückliche Rat auf dem Befundformular, über den Befund mit einem Arzt zu sprechen. Und daß dieser Rat befolgt werden wird, wenn auch vielleicht nicht sofort und nicht überall, steht für mich außer Zweifel. Es gibt, neben vielen sehr indolenten Menschen, denn doch auch eine nicht unbeträchtliche Zahl solcher, die um ihre Gesundheit mehr oder weniger besorgt sind, und diese werden sich schon für die Frage, ob sie nicht vielleicht Syphilis haben, interessieren, wenn ihnen der Weg gewiesen wird, ohne daß sie nach diesem Weg sich erst erkundigen müssen, was ihnen heute, eben aus verschiedenen naheliegenden Gründen, nicht angenehm ist. Und so möchte ich denn zum Schluß die Überzeugung aussprechen, daß die zwangsweise Vornahme der Wassermannreaktion den Nebenerfolg haben wird, viele Kranke, die ganz unbehandelt oder ungenügend behandelt geblieben wären, der Behandlung zuzuführen, ohne daß hinsichtlich dieser auch nur der geringste Zwang notwendig wäre.

Ich verspreche mir also, um kurz zusammenzufassen, von der Annahme meines Vorschlages:

1. Baldiges Verschwinden der unrichtigen — weil ungenauen — Vorstellung, daß die Syphilis eine Geschlechtskrankheit und deshalb von dem von ihr Befallenen zu verheimlichen sei.

Infolge hiervon:

2. Zunahme des allgemeinen Interesses für die Syphilis, sowohl hinsichtlich der allgemeinen und persönlichen Prophylaxe als auch hinsichtlich der Therapie.

Infolge hiervon wiederum:

3. Zunahme der Zahl der eine ärztliche Untersuchung auf Syphilis wünschenden Personen, sowie Zunahme der Zahl der eine Behandlung aufsuchenden Kranken

und damit schließlich:

4. Ausschaltung von Infektionsquellen.

Gedanken zur Sexualpädagogik.[1]

Von

Dr. Julius K. Mayr.

Seit vielen Jahrzehnten wird die Forderung nach sexueller Pädagogik erhoben. Die Notwendigkeit dieser wird, wenigstens im Prinzip, von allen Kreisen, denen die Aufgabe der Erziehung zusteht, bejaht und betont. Familie und Schule, Staat und Kirche, Männer und Frauen sind sich der Wichtigkeit dieser Aufgabe im Hinblick auf die heranwachsende Jugend voll bewußt. Besonders von Schule, Kirche und Ärzteschaft sind eingehendste Experten und Ansichten über die Art und Weise, wie diese geschlechtliche Erziehung zu erfolgen hat, gesammelt worden, genaue Unterrichtspläne und Methoden sind ausgearbeitet, die diese Erziehung in einwandfreier Weise gewährleisten sollen. Die Literatur über diesen Gegenstand hat sich zu weit über Hundert Broschüren, Aufsätzen und Werken verdichtet. Trotz dieser Summe von Arbeit, die sich aus diesen Bemühungen widerspiegelt, trotz der zwingenden Notwendigkeit einer entsprechenden Sexualpädagogik, sind wir heute von deren systematischen Ausführung kaum weniger weit entfernt, als damals, als mehr oder weniger unscharfe Ansichten, mitunter sogar falsche Ideengänge und verstiegener Idealismus zu logischen, erkenntnisreichen Gedankengängen geordnet und zur Methodik erhoben wurde. Wir finden bis jetzt in keinem Lehrplan einer Volks- oder Mittelschule eine irgendwie geartete Sexualerziehung aufgenommen. Mag elterliche Liebe und Sorgfalt den heranwachsenden Kindern so lange als irgendwie möglich den ganzen Komplex des menschlichen Geschlechtslebens ersparen wollen, mag

[1]) Vortrag, gehalten bei der Generalversammlung des Zweigvereins Bayern der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, München 3. Juli 1921.



auch in manchen Fällen, was sicher niemand bestreiten wird, deren Kenntnis den Anreiz zu sexueller Betätigung nach irgendwelcher Richtung hin bilden, so nützt diese Erfahrung nichts gegenüber der Tatsache, daß Schweigen hier nur bedeutet der Gasse die Verbreitung dieser Kenntnis zu überlassen. Die Gasse wird aber nur aufklären — über das Wie dieser Aufklärung erübrigt sich natürlich jedes Wort — aber nie erziehen können.

Wie kommt es nun, daß in der Allgemeinpädagogik die sexuelle Erziehung fehlt, daß trotz der allseitig betonten Notwendigkeit dieser Erziehung man sich noch immer scheut, diese Notwendigkeit zu den praktischen Konsequenzen zu verdichten.

Zwei Gesichtspunkte sind es, von denen heraus die ganze sexuelle Frage betrachtet wird: Eine vornehmlich ethische, dualistische, die in der Sexualität des Menschen einen von den übrigen Körperfunktionen absolut zu trennenden Vorgang sieht, der seiner letzten Geheimnisse weder völlig entkleidet ist, noch überhaupt entkleidet werden darf. Daneben steht eine naturalistische, medizinische, monistische Tendenz, die das ganze sexuelle Empfinden Fühlen und Handeln neben den sonstigen physiologischen Vorgängen im Körper stellt. Zu diesen beiden gegensätzlichen Vorstellungen tritt nun noch eine Art von Kompromißvorschlag, der aus beiden Grundanschauungen Teile entnommen hat. Während die dualistische Einstellung das Ziel jeder Sexualpädagogik in einer Erziehung zu sexueller Ethik sucht, also einen vornehmlich moralistischen Standpunkt einnimmt, will die naturalistische Meinung Geheimnisse entwirren und sie als etwas absolut Natürliches offen darstellen lehren. Sie sieht darin in erster Linie eine hygienische Maßregel. In dieser Auffassung von der menschlichen Sexualität liegt — und diese Betonung ist sehr notwendig — selbstverständlich nicht die Absicht die Geschlechtlichkeit durch auf Gleichestufestellen mit anderen Körperfunktionen zu profanieren, bzw. sie etwa gar den Exkretionsvorgängen des Körpers anzugliedern. Diese letzte, extremste naturalistische Anschauung bedarf keiner Diskussion, mag sie auch von Anhängern propagandiert werden. Der Hinweis auf die fundamentalen Unterschiede des Geschlechtslebens von Mensch und Tier muß stets mit besonderer Wärme betont werden, ein höherer Zug der menschlichen Sexualität gewährleistet bleiben. Beide Grundanschauungen, ethische und naturalistische, bedeuten somit nicht die scharfen Gegensätze, als die sie zunächst erscheinen. In pädagogischen Standpunkt übersetzt, streben beide nach einer

sexuellen Erziehung, die dazu dienen soll, den Zögling für den Kampf mit dem erwachenden Triebleben zu kräftigen und zu unterstützen. Die sexuelle Ethik will dies durch folgende Gesichtspunkte erreichen. 6. Gebot, Ehe, Geschlechtsneigung und Gattenliebe. Warnung vor unerlaubten Verhältnissen, Jungfräulichkeit, Dankbarkeit und Liebe zu den Eltern. Hinweis auf die Schädlichkeiten absichtlicher Betastung des eigenen Körpers, Notwendigkeit der körperlichen Gesundheit im Hinblick auf die eigene Fortpflanzung, Unmoralität der Betrachtung des sexuellen Lebens vom Standpunkte des persönlichen Genusses aus u. a. Von der gleichen Seite werden im allgemeinen abgelehnt: Aufklärungsmethoden, die in der Eröffnung physiologischer Vorgänge im Geschlechtsleben wurzeln und über Geschlechtskrankheiten berichten, Abhärtungssysteme, soweit damit Erscheinungen von Nacktkultur verbunden sind und in der Hauptsache wenigstens die gemeinsame Erziehung beider Geschlechter in den höheren Schulklassen. Die Keuschheit sei als Überzeugung zu predigen und nicht als hygienische Maßregel aufzufassen, wie überhaupt die ganze sexuelle Erziehung nur eine Erziehung zur Keuschheit sein soll. Ein Zögling wird, wenn er gewohnt ist, geschlechtliche Vorgänge von erhabenem Standpunkt aus zu betrachten, solange er persönlich noch keine Einstellung dazu besitzt, auch dann diese Warte behalten, wenn es um seine eigenen Gefühle geht. Dies sind etwa die Gedankengänge, welcher sich die Sexualerziehung auf ethischer Grundlage bedient.

Die naturalistische Sexualpädagogik will ausgehen von den physiologischen Vorgängen bei den Pflanzen unter Einschluß der Befruchtung. Von da aus wird zu den Fortpflanzungstatsachen bei den Tieren weitergeschritten, angefangen bei den Urtieren mit ihren relativ unkomplizierten Teilungen, weitergehend, nie den Zusammenhang verlierend, zu den höheren Tierreihen mit der Loslösung eigener Samenzellen und deren Vereinigung außerhalb oder innerhalb des mütterlichen Organismus. Die Übergänge, die zwischen den einzelnen Tierarten bestehen, werden den engen Zusammenhang stets ohne besondere Sprünge gewährleisten. Den Geschlechtsverhältnissen bei den höheren Tieren werden sich dann ohne besonderen Hinweis diejenigen beim Menschen angliedern lassen. Der Schüler soll so gewissermaßen unbemerkt in die wichtigsten Punkte des menschlichen Sexuallebens eingeführt werden. Durch die Vereinigung mit der gesamten Physiologie soll dem Geschlechtsleben seine Ausnahmestellung genommen werden.

Die Anhänger sexualethischer Richtung stehen den Vorschlägen naturalistischer Denkweise absolut ablehnend gegenüber. Wie scharf diese Gegensätze zum Teil sind, ergeben sich aus folgenden Gegenüberstellungen: Wir finden im dritten Flugblatt der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Kopp, Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung) den Hinweis auf den asketischen und feindlichen Zug in der christlichen Moral, der in so unheilvoller Weise unser Erziehungssystem beeinflußt. Als Antwort auf diesen Angriff folgte eine Anordnung des bischöflichen Ordinariats in Freiburg, wonach der Klerus die Mitarbeit mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ablehnen muß, und die Mitgliedschaft zu dieser für ihn ausgeschlossen ist. Wenn auch inzwischen wieder ruhigere Anschauungen Platz gegriffen haben, so lassen sich aus dieser Ablehnung ohne weiteres die Widerstände ergeben, mögen sie direkt oder indirekt erfolgen, die sich gegen sexualpädagogische Vorschläge richten, die in Verbindung oder doch ausgehend von Geschlechtskrankheitenbekämpfung gestellt werden. Denn die Anhänger ethischer Sexualpädagogik begegnen deshalb allen diesen Bestrebungen mit einem gewissen Mißtrauen, weil sie glauben, daß von dieser Seite nur deshalb systematische Sexualerziehung propagandiert wird, um auf diesem indirekten Wege die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen. Alle geschlechtliche Aufklärung geschehe von dieser Seite nur deshalb, um den Boden für das Verständnis von Wesen und Gefahren des geschlechtlichen Verkehrs im Hinblick auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu ebnen. Gäbe es keine spezifischen Krankheiten, die durch geschlechtlichen Verkehr übertragen werden, dann würde sich auch eine Sexualpädagogik erübrigen. Dies sei so ungefähr der Standpunkt, von dem aus Sexualpädagogik mit physiologischen Hilfsmitteln betrieben werden soll.

Auf diese Angriffe, die wir zum Teil offen, zum Teil versteckt in der diesbezüglichen Literatur finden, ist zu entgegnen, daß zur Aufgabe der Geschlechtskrankheitenbekämpfung alle die Mittel gehören, die sie diesem Ziele näher bringen. Aufklärung über die Gefahren dieser Krankheiten ist ein sehr wesentliches und wirksames Mittel. Des weiteren ist zu betonen, daß gerade von dieser Seite her stets eine besondere Stellungnahme gegenüber der ganzen Enthaltsamkeitsfrage im Sinne einer wärmsten Befürwortung eingenommen worden ist. Alle Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, deren Infektion doch in der überwiegenden

Mehrzahl der Fälle auf einen Verkehr zurückgeht, müssen nach Mitteln suchen, diesen Verkehr einzudämmen. Die D. G. z. B. G. hat daher auch den Ausbau der Sexualpädagogik in ihr Programm aufgenommen, hat aber stets deren Ausführung in engster Fühlungnahme mit Fachpädagogen gesucht und sah letzten Endes ihr Ziel auch nur in der Erziehung zu reiner Geschlechtlichkeit. Zu erwähnen wäre schließlich noch, daß durch die Möglichkeit extragenitaler Ansteckung, die natürlich entsprechend der Verbreitung dieser Krankheiten zunimmt, auch Keuschheit nicht immer vor Infektion schützt.

Die Forderung sexueller Erziehung wird erst dann in die Tat umgesetzt werden, wenn es gelingt, die Gegensätzlichkeiten, die sich in den genannten beiden Sexualanschauungen befinden, bzw. in sie hineingelegt werden, auf ein Minimum zu reduzieren, auf das sich dann beide Parteien verständigen können. Es wird hier zweifellos schwerer gelingen, ethische mit naturwissenschaftlicher Anschauung zu versöhnen als umgekehrt, da ja letztere dem ethischen Moment von selbst eine bedeutende Rolle einräumt. Es handelt sich ohne Zweifel zum Teil viel um Streit gegen Worte. Psychologische Aufklärung ist zum Schlagwort geworden, dem der Kampf gilt. Allzu laut betont mußte sie alle jenen Faktoren, die mit dieser Art von Sexualpädagogik als verbunden gedacht sind, ohne unter den Begriff physiologischer Aufklärung an sich zu fallen, übertönen. Und ähnlich liegen die Verhältnisse beim Hinweis auf die Geschlechtskrankheiten. Wenn der aus der Schule ins Leben hinaustretende junge Mensch, mag er aus der Fortbildungsschule oder Mittelschule kommen, über das Wesen dieser Krankheiten belehrt werden soll, dann bildet diese Belehrung eine Aufklärung im eigentlichen Sinne. Diesen Vortrag können wir aus dem Begriff der Sexualpädagogik streichen, da er nur eigentlich zufällig, ähnlich wie die Ansprache, die der Schulvorstand vor der Entlassung hält, an Menschen geht, die bereits aus der Schulerziehung entlassen sind. Denn was außerhalb der Schule geschieht, fällt nicht mehr in den Rahmen einer Schulpädagogik. Der Zeitpunkt dieser Belehrung wird sich nur deshalb an den Moment der Entlassung anknüpfen, da es eben nur da noch gelingt die Schüler in ihrer Gesamtheit zu erfassen.

Der empfindliche Punkt der ganzen Sexualpädagogik wird stets derjenige sein, der von der Fortpflanzung des Menschen handelt. Diese Klippe suchte die naturalistische Erziehungsmethode dadurch

zu vermeiden, daß sie allmählich von den Tieren zum Menschen weiterschreitet und, wie betont, auf diese Weise bewirken will, daß der Zögling gleichsam unbemerkt über die menschlichen Verhältnisse unterrichtet wird. Letztere Ansicht hat sehr viel dazu beigetragen die Sexualerziehung mit physiologischen Hilfsmitteln zu befürworten. Ist diese Anschauung überhaupt in ihrem ganzen Umfang richtig? Wohl nicht immer wird ein derartiges Einschleichen den gewünschten Erfolg haben. Derjenige Augenblick, mag er sich auf noch so viele Stunden verteilen, in dem von den pflanzlich-tierischen Verhältnissen zu denen des Menschen übergegangen wird, wo statt Männchen und Weibchen zum ersten Male Mann und Weib als sprachliche Begriffe fallen, wird stets einen gewissen Sprung in der Belehrung bedeuten und auch als solcher von den Schülern empfunden werden.

Eine weitere Schwierigkeit in der Verwirklichung sexualpädagogischer Ziele liegt darin, daß gleicher Reifegrad der Zöglinge Voraussetzung ist. Mag für die übrigen Unterrichtsfächer, die sich vornehmlich an das Erkennen und an das Gedächtnis wenden, praktisch genommen das Lebensalter der Schüler einen einigermaßen brauchbaren Maßstab für gleiche Befähigung bilden, indem der eine zum Erfassen seines Pensums vielleicht etwas länger brauchen wird als der andere, aber jeder das Ziel erreichen kann, das ja nur einem mittleren Intelligenzdurchschnitt angepaßt ist, so liegen die Verhältnisse bei jeder Sexualpädagogik ungleich komplizierter. Der eine Schüler hat einen Reifegrad erreicht, der diesen Dingen bereits gefühlsmäßig nahegekommen, während der andere trotz gleichen Lebensalters noch absolut indifferent und harmlos geblieben ist. Die Erkenntnis dieses Umstandes ergibt sich aus den zahlreichen Kontroversen über die Frage, in welchem Alter diese sexuelle Erziehung einzusetzen hat. Sollen wir hier auch nach einem Durchschnitt verfahren, den wir mehr oder weniger willkürlich annehmen müssen oder unterrichten wir entsprechend dem Grade der höchsten oder niedrigsten Reife? Für alle drei Überlegungen können wir wichtige Gründe ins Feld führen, aber ebenso auch sehr maßgebende Gegengründe. Diese Massenerziehung wird eben immer nach einer Richtung hin nicht befriedigen. Denn gerade bei sexueller Erstempfindung wissen wir, wie wenig sie mit einem bestimmten Alter beginnt und wie wenig sie mit geistigen Fähigkeiten zu harmonieren pflegt. Wie verschieden in Qualität und Quantität regt sich hier die Neugierde. Darin liegt der Grund, warum sich die Einführung in

die Geheimnisse menschlichen Werdens nur schwer bedingt für die Schule eignet. Sie läßt sich nicht mit einer Massenerziehung abtun, weil sie sich nicht auf ein Durchschnittsniveau beschneiden läßt. Sie muß individualisieren und daher Einzelerziehung sein. Eignet sie sich daher überhaupt für die Schule? Jede öffentliche Erziehung in einer Lehranstalt bedeutet Erziehung nach einem Lehrplan. Die Schule nimmmt den Eltern, denen zunächst die Aufgabe, die Kinder in den Elementarfächern zu unterrichten, zufallen würde, ab. Kann die Schule auch den Eltern die Aufgabe sexueller Erziehung, deren Notwendigkeit ja feststeht, abnehmen? Bedeutet diese Übernahme elterlicher Pflichten einen Vorteil für die Kinder und damit für das Volk? Nur dann, wenn wir diese Fragen bejahen können, dürfen und müssen wir die Schule belasten. Wir müssen dann aber auch Mittel und Wege finden, die Schwierigkeiten zu beseitigen, die sich der Ausführung entgegenstellen. Zwang zur sexuellen Erziehung kann auf die Eltern nicht ausgeübt werden. Und was lehrt die Erfahrung? Haben die Eltern im allgemeinen sexuell erzieherische Begabung? Zweifellos kommen viele Eltern über eine gewisse Peinlichkeitsschwelle, die mit der Erörterung sexueller Verhältnisse vor ihren Kindern für sie verbunden ist, nicht hinweg. Der Zeitpunkt wird von Jahr zu Jahr hinausgeschoben, bis er überhaupt nicht mehr erfolgt oder zu spät kommt. Andere Eltern versäumen aus Indolenz oder der Meinung heraus, eine Unterrichtung nach dieser Richtung sei überhaupt nicht notwendig, sie ergäbe sich im Leben von selbst. Besonders in den sozial nieder stehenden Volksschichten wird unterstützt durch die Wirkungen der Wohnungsnot diese Aufklärung durch das Leben auch entsprechend erfolgen. Ob diese sexuelle Erziehung von vielen Eltern tatsächlich durchgeführt wird, darf zum mindesten als unsicher hingestellt werden, daß sie von allen Eltern ausgeübt wird, ist sicher nicht der Fall. Haben manche Eltern kein Verständnis oder keinen Gedanken für sexuelle Gefahren, die dem Kinde drohen können, dann muß eben eine andere Stelle da sein, die ein Verständnis für diese Nöte hat und Gefahren zu bannen hilft. Diese Lücke muß dann die Schule auszufüllen helfen. Je mehr ein Volk durch Auflösung geschriebener und ungeschriebener Gesetze zersetzt ist, desto größer werden auch für die Jugend diese Gefahren werden. Wenn wir aber der Schule die Lehre vom Geschlechtsleben zuweisen, so bedeutet dies in keiner Weise, daß die Eltern davon befreit sind. Läßt sich mit der Schule die Forderung der Einzelerziehung vereinen? Nur

durch die Einrichtung besonderer allgemeiner Sprechstunden der Lehrer für die Kinder, eine Einrichtung, die jetzt schon bei einigen Schulen und Lehrern besteht. Zu dieser Beratungsstelle sollen die Kinder herangezogen und belehrt werden, die dieser Belehrung bedürfen. Sie soll geöffnet sein für die Schüler, die einen Rat und eine Antwort auf eine Frage suchen. Wie der Lehrer Sprechstunden gibt für die Eltern seiner Schüler, die sich Auskunft über den Fortgang ihrer Kinder einholen wollen, so soll der Lehrer auch für seine eigenen Schüler zu sprechen sein als autoritativer Freund, der Ansehen mit Wohlwollen verbindet. Der Eindruck jeden Wortes vier Augen viel eindringlicher und nachwirkender gestalten als vor der Klasse, weil er dem Einzelempfinden angepaßt sein kann. Der Lehrer wird hier viel leichter den richtigen Ausdruck finden können, da er den Grad der Reife des Schülers, dessen Auffassungsfähigkeit und Vorkenntnisse kennt oder sich sofort darüber orientieren kann. Er kann dabei die einzelnen sozialen Verhältnisse des Ratsuchenden berücksichtigen, ob Geschwister, besonders Schwestern vorhanden sind, also lauter Faktoren, deren Kenntnis eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Sexualerziehung spielen. Die richtige sprachliche Formulierung, die ja auch einen ziemlich bedeutenden Anteil am ganzen sexuellen Unterricht besitzt, wird sich unter vier Augen leichter und selbstverständlicher machen. Gegen diese Art sexueller Pädagogik werden wohl alle Widerstände wegfallen, die von seiten mancher Eltern gemacht werden, sowohl jener, die die Notwendigkeit jeglichen sexuellen Unterrichtes verneinen, als auch derer, die sich das Recht sexueller Belehrung nicht aus der Hand nehmen lassen wollen. Bei dieser Art von Einzelunterricht dürfte ferner die Gefahr oder Möglichkeit, daß die Schüler über das, was sie erfahren haben, sich weiter mit ihren Mitschülern besprechen, und unter Umständen unpassende Worte damit verknüpfen, viel weniger vorhanden sein, als bei offenem Klassenunterricht. Denn gerade hier pflegen ja bekanntlich die Schüler bei den Pausen oder dem Nachhauseweg über das, was in der Schule besprochen wurde, Gedanken auszutauschen, die dann von seiten sittlich tiefer stehender Schüler häufig ins Lächerliche gezogen werden. Der Lehrer hat es hier bis zu einem gewissen Grade in der Hand, durch Empfehlen der Geheimhaltung des Besprochenen, zu eifriger Aussprache die selten zu etwas Gutem führt, vorzubeugen. Diese Sprechstunden dürfen natürlich nicht unter dem Motto für sexuelle Angelegenheiten fallen, sondern in gleicher Weise all dem dienen, was die Schule angeht.

wie Ausflüge, Nachhilfe, Schulzimmerordnung u. dgl. Es ist von vornherein der Verdacht zu vermeiden, als ob es sich um etwas Besonderes handle. Sollte sich bei den Schülern irgendwie die Vermutung breit machen, das die Sprechstunde bestimmten Zwecken und nur diesen dienen soll, dann kann durch vorübergehende reichlichere Heranziehung von Schülern aus den verschiedenen Gründen dieser Verdacht wohl nicht allzu schwer zerstreut werden.

Drei Faktoren teilen sich in das Gelingen der Sprechstunde: Lehrer, Schüler und Eltern. Das weitgehendste Vertrauen und Zusammenarbeiten mit den Eltern ist absolute Notwendigkeit. Die Eltern können dem Lehrer Auskunft über sittliche Verhältnisse bei den Kindern geben, ihn über die Symptome geschlechtlicher Empfindung, über bestimmte Verfehlungen aufmerksam machen. Gerade über diesen letzten Punkt ist ja Massenerziehung absolut undenkbar, indem sie den für diese Triebe noch indifferenten und unberührten Schüler erst deren Kenntnis vermitteln hilft, oder ihn zum mindesten auch bei noch so schonendster und subtilster Behandlung der Frage aufmerksam macht. Die Eltern können hier veranlassen, daß eine Beobachtung von seiten des Lehrers in dieser Richtung einsetzt. Der Schüler kann Fragen stellen, die Eltern können bei dem Sexualunterricht mitwirken und der Lehrer kann von sich aus die Zöglinge kommen lassen und belehren. Durch das planmäßige Zusammenwirken dieser drei beteiligten Kreise dürfte es gewährleistet sein, daß eine sexuelle Erziehung — denn es wird sich ja nicht nur um einmalige Belehrung handeln — in richtiger Weise dem Einzelempfinden angepaßt und zur rechten Zeit erfolgt. Wo ein Schularzt vorhanden ist, wird auch er sehr wertvolle Dienste zu leisten haben. Es ist eben kein Faktor, der das Recht oder die Pflicht der Aufklärung hat, aktiv oder passiv, von der Mitarbeit ausgeschlossen. Versagt der eine Faktor, dann wird gewissermaßen der andere dafür einspringen. Lösen z. B. die Eltern die diffizile Aufgabe selbst, so ist die Schule im allgemeinen dieser Pflicht enthoben.

Klassenlehrer und Religionslehrer müssen in gleicher Weise an dieser Sprechstunde mitwirken, wenn letztere ihre Aufgabe erfüllen soll. Die Antwort auf die Frage, welcher Lehrer überhaupt dazu geeignet ist, kann nur dahin lauten: Wer sich dafür für berufen hält. Und dazu berufen ist jeder, für den der Dienst nicht mit den Stunden des Unterrichtes abschließt, sondern der noch darüber hinaus Zeit für seine Schüler hat, der nicht nur Vorgesetzter, sondern auch Freund seiner Zöglinge sein will, für den der Dienst nicht nur ein



Beruf, sondern ein Amt bedeutet. Kann nun ein Lehrer, der sich für diese Aufgabe nicht eignet, trotzdem dazu herangezogen werden? Er wird sicher zu keinem idealen Unterricht befähigt sein. Er wird aber auch dann, wenn er vor der ganzen Klasse sexuelle Probleme zu behandeln hat, mehr oder weniger versagen. Dagegen hilft kein noch so ausgearbeiteter Lehrplan, weil die richtige Bearbeitung allzu sehr an die Persönlichkeit des Vortragenden geknüpft ist, wesentlich mehr als in den übrigen Unterrichtsfächern. Die allgemeinen Direktiven für diese Einzelerziehung werden immer von der vorgesetzten Behörde auszugehen haben. Sie werden einen gewissen Spielraum betreffs dessen, was zu lehren ist, einräumen müssen. Voraussetzung dafür, daß diese Sprechstundeneinrichtung tatsächlich ein Mittelpunkt sexueller Erziehung wird, ist immer eine sexualpädagogische Schulung der Lehrer. Ethisch-pädagogisches Verständnis muß sich beim Erzieher mit physiologischem Wissen paaren. Darin muß der Lehrplan jener Sexualpädagogik beim Lehrer liegen. Nicht Teilgebiet der ganzen Erziehung soll die zu reiner Geschlechtlichkeit sein, sondern der ganze Unterricht soll durch Stärkung und Hebung ethische Kräfte hervorbringen.

Eine wesentliche Mehrbelastung dürfte sich aus dieser Sprechstundentätigkeit kaum ergeben, zumal ja der Begriff „unter vier Augen" nicht allzu wörtlich zu nehmen ist, sondern nur sagen soll, sexueller Unterricht kann an heterogene Elemente nicht zu gleicher Zeit erteilt werden. Bei Schülern, die etwa auf gleicher Reifestufe stehen, kann ohne Schaden gemeinsame Sexualpädagogik ausgeübt werden.

In der Botanik und Zoologie sind die Fortpflanzungs- und Befruchtungsverhältnisse bei Pflanzen und Tieren im großen zu erwähnen. Aber auf diese Kenntnis sind nicht Ereignisse im menschlichen Geschlechtsleben aufzubauen. Dieses bleibt ausschließlich dem Einzelunterricht vorbehalten. Auf diese Weise muß der Vorwurf wegfallen, daß tierische und menschliche Verhältnisse gewissermaßen auf eine Stufe gestellt werden. Es ist somit eine scharfe Grenze gezogen zwischen dem, was verschieden ist. Es tritt kein Nebeneinanderstellen tierischer und menschlicher Funktionen ein. Die fundamentalen Unterschiede zwischen tierischem Trieb und sublimiertem menschlichen Geschlechtsleben werden nicht nur nicht verwischt, sondern betont. Aber auch der Einwand, der von entgegengesetzter Seite so oft erhoben wird, daß all das, was mit dem menschlichen Geschlechtsleben zusammenhängt, zum Schaden des

Heranreifenden aus falsch verstandener Sittlichkeit und Prüderie heraus ängstlich geheimgehalten oder zum mindesten nur sehr zögernd geoffenbart wird, fällt weg, da es ja Aufgabe dieser Einzelerziehung ist, klar und deutlich, ohne Attribut der Verlegenheit und des Zauderns von seiten des Lehrers das zu sagen, was der Zögling wissen will und wissen muß. Nähere Details über Begattung und Sexualorgane werden natürlich zweckmäßigerweise unterbleiben müssen.

Fassen wir zusammen, so sind für den sexualpädagogischen Unterricht folgende Richtlinien gegeben. Als Massenerziehung ist anschließend an den naturkundlichen Unterricht Einführung in die Bestäubungs- und Fortpflanzungsverhältnisse bei Pflanzen und Tieren im Anschluß an den gesamten Aufbau des pflanzlichen und tierischen Organismus zu lehren. Hinweise auf das menschliche Geschlechtsleben sind dabei zu vermeiden. Zu Gelegenheitserziehung mit sexuellem Einschlag, nicht im Sinne eines Triebes, sondern eines sittlich hochstehenden Strebens nach Gemeinschaft können Stellen in der Literatur, der Religion (Bibel) der Geschichte vorsichtig ausgenützt werden. Zur Einzelerziehung dienen Sprechstunden der Lehrer, die im planmäßigen Zusammenarbeiten mit den Eltern auf eine weite Grundlage zu stellen sind. Dazu dienen auch Merkblätter sexualpädagogischen Inhalts, die an die Eltern hinausgegeben werden, wie von seiten der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten schon vor Jahren angeregt wurde. Zu dieser Einzelerziehung soll nach Bedarf auch der Schularzt beigezogen werden. In welcher Weise sie systematisch zu geschehen hat, muß einem Lehrplan überlassen werden. Sie wird sich im allgemeinen an die Vorschläge zu halten haben, die in sexualpädagogischer Beziehung von ethischer Seite gestellt werden, da die naturalistische Entwicklung in dem Teil der Massenerziehung, der pflanzliche und tierische Verhältnisse erschloß, vorweggenommen ist, und der Schüler von selbst die Ähnlichkeiten herausfinden wird. Die Schüler, die entlassen sind, sollen dann von ärztlicher Seite über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten aufgeklärt werden, einzig zu dem Zwecke, um durch den Hinweis auf praktische Folgen mangelnder Enthaltsamkeit die ganze Erziehung zu einem reinen Geschlechtsleben zu unterstützen.

Durch diese Vereinigung naturalistischer und ethischer Denkweise muß es gelingen die Gegensätze zu beseitigen, die bisher der praktischen Ausführung planmäßiger Sexualerziehung im Wege

standen. Wenn schon vor Jahrzehnten die Forderung letzterer von allen Kreisen aufs Lebhafteste betont worden ist, so müssen wir heute um so mehr danach trachten diese Forderung zu verwirklichen. Die demoralisierenden Zustände, die dem Geschlechtsleben gleichsam das Primat menschlicher Betätigung eingeräumt haben, werden auch die heranwachsende Jugend nicht unberührt lassen. Wenn heute mit anscheinender Berechtigung von homosexueller Infizierung unserer Schuljugend gesprochen werden darf, wenn durch mehr oder weniger laute Anpreisung in den Tagesblättern unter dem Schlagwort von sexueller Not nichts anderes verstanden wird, als die Aufforderung, diese Not durch Ausleben zu überwinden, wenn von manchen Seiten falsch verstandener Frauenemanzipatie auch für die Frauen das Recht freier Geschlechtsbetätigung gefordert wird, dann werden von dieser Überschätzung des Geschlechtslebens auch Funken auf die Jugend überspringen und zum Verführer werden. Damit dieser Funke nicht zum Brande wird, und vernichtet, was er ergreift, muß die Jugend geschützt sein. Ein Teil dieses Schutzes wird richtig geleitete Sexualerziehung sein, die dem Geschlechtsleben die ihm gebührende Note aufdrücken soll, ohne Über- und Unterschätzung. Sie wird kein Allheilmittel sein, die ideale Zustände anbahnen wird, denn reines Geschlechtsleben bedeutet nur einen Teil sittlicher Forderung, aber sie wird dadurch deren Verwirklichung etwas näher rücken helfen, daß sie der heranwachsenden Jugend das Gewissen schärft.

Referate.

Chajes, B., Kompendium der sozialen Hygiene. (169 S.) Fischers mediz. Buchhandlg. Berlin 1921.

Im Rahmen der sozialen Hygiene ist in Kap. VI, von S. 75—91, alles Wissenswerte auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten kurz und klar zusammengefaßt. Haustein.

Englische und amerikanische Veröffentlichungen zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1. **Mac Alister, Charles J.,** What venereal diseases cost the community. Social Hygiene. 1921. Vol. VII. S. 1.
2. **Platt, Philip S.,** Venereal disease in Czecho-Slovakia. Social Hygiene. 1920. Vol. VI. S 377
3. **Wintsch-Maléeff,** The struggle against the venereal diseases and prostitution in Switzerland. Social Hygiene. 1920 Vol. VI. S 255.
4. **Bradley, William Aspenwall,** Social hygiene in France after the war. Social Hygiene. 1920. Vol. VI. S. 45.
5. **Leipoldt, Louis C.,** Venereal disease in Transvaal school children. The Medical Journal of South Africa. 1920. Vol. XVI. S. 25.
6. **Bland, Brooke P.,** Gonorrheal infection in childhood. New York Medical Journal. 1920. Vol. CXI. S. 489.
7. **Lewinski-Corwin, E. H.,** Venereal disease clinics. Social Hygiene. 1920. Vol. VI. S. 337.
8. **Solomon, Harry C.** and **Solomon, Maida H.,** The effects of syphilis on the families of syphilitics. Social Hygiene. 1920. Vol. VI. S. 469.
9. **Solomon, Maida H.,** Social work and neurosyphilis. Social Hygiene. 1920. Vol. VI. S. 93.
10. **Frazer, Mearns A.,** The prevention of venereal diseases. Journal of State Medicine. 1921. Vol. XXIX. S. 17.
11. **Reid, Archdall G.,** The prevention of venereal disease. Journal of State Medicine. 1921. Vol. XXIX. S. 1.
12. **Boyden, P. H.,** The preventi on of venereal disease in the royal navy. Journal of State Medicine. 1921. Vol. XXIX. S. 13.
13. **Hooker, Edith H.,** The case against prophylaxis. Social Hygiene. 1919. Vol. V. S. 163.
14. **Lashley, Karl S.** and **Watson, John B.,** A psychological study of motion pictures in relation to venereal disease campaigns. Social Hygiene 1921. Vol. VII. S. 181.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten wird von Mc Alister (1) behandelt, der neben allgemeinen Ausführungen zu der Frage, was die Geschlechtskrankheiten die Gesellschaft kosten, nach Oslers Schätzung darauf hinweist, daß 60000 Todesfälle jährlich durch Syphilis in England verursacht werden. Die Ausgaben Großbritanniens allein für die Behandlung in Polikliniken (treatment centers) beliefen sich in den drei Jahren, endend mit dem 31. Mai 1919, auf 340000 Pfund und für 1920 wurde dieser Posten auf 314000 Pfund veranschlagt. Vor dem Kriege kostete die Fürsorge für Paralytiker jährlich fast 90000 Pfund und rechnet man alle durch Lues bedingten Formen von Nervenerkrankungen, dann muß mit rund 150000 Pfund gerechnet werden. Neben diesen direkten Ausgaben finden sich die nur in beschränktem Grade zu erfassenden indirekten. So wurden 1912 z. B. außer der gewährten ärztlichen Behandlung und der teueren Medikation 269210 unproduktive Arbeitstage geschlechtskranker Marineangehöriger bezahlt. Die Ausgaben für die Geschlechtskranken gehen in die Millionen. Die königliche Kommission für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten schätzte die Zahl der Luetiker in Großbritannien

und Irland auf 3 Millionen vor dem Kriege, eine Zahl, die heute sicherlich noch größer ist. Die durch die Geschlechtskranken verursachten Kosten schätzt Verf. auf wenigstens ein Pfund pro Kopf für Syphilis und dreimal so viel für Gonorrhöe.

Drei Arbeiten beschäftigen sich mit den Geschlechtskrankheiten in der Tschechoslowakei, in der Schweiz und in Frankreich.

Die Tschechoslowakei behandelt Platt (2), jedoch betont der Verfasser, daß bisher über die Geschlechtskrankheiten in Prag sehr wenig bekannt ist. Die Polizei hat nur eine Teilkontrolle über die 22 Bordelle und über die 594 eingeschriebenen Prostituierten. Eine Umfrage bei 367 Ärzten in Prag und seiner Umgebung, bei der 151 Antworten einliefen, hatte nach der Bearbeitung von Janko folgendes Ergebnis: 759 Fälle wurden im ganzen gemeldet als während einer Woche unter Behandlung stehend, von denen 235 oder 31% neue Fälle waren; 50 davon waren Syphilis. Von der Gesamtzahl waren 323 oder 42,6% Syphilis, 369 oder 48,6% Gonorrhöe und 67 oder 8,8% Ulcus molle-Fälle. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besteht in der Hauptsache in der zweimal wöchentlich ausgeführten ärztlichen Untersuchung bei Prostituierten und in deren Krankenhausbehandlung bei festgestellter Infektion. Die Hälfte der wegen Geschlechtskrankheiten im Allgemeinen Krankenhause behandelten Frauen sind Prostituierte. Bei den Fällen, wo eine Ansteckungsquelle von Männern angegeben wurde, war die Krankheit zu 63% von Prostituierten, zu 5% im Bordell und zu 32% von Bekanntschaften akquiriert. Im Allgemeinen Krankenhaus wurden 1918 496 Fälle von Geschlechtskranken behandelt, von denen 83,3% Frauen und 26,7% Männer waren. 207 Frauen bezeichneten sich selbst als Prostituierte. Ambulant wurden außerdem rund 3500 Patienten wegen Geschlechtskrankheiten in der Abteilung für Geschlechtskranke behandelt. Während des Jahres 1919 bildete sich unter dem Präsidium von Samberger die tschechische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit folgendem Ziele: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; Volkserziehung durch Vorträge und Ausstellungen; Maßnahmen zur Eindämmung der Prostitution; Vorbereitung von besonderen sozialen und sanitären Gesetzen; Gründung von Hospitälern, Asylen usw. In früheren Jahren habe es in Prag eine Deutsche Gesellschaft zu dem gleichen Zweck gegeben. Ihre Leistungen waren aber, wenn überhaupt, gering und während des Krieges ging sie ein. So der amerikanische Autor.[1])

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution in der Schweiz behandelt Natalie Wintsch-Maléeff (3). Unter dem Druck der abolitionistischen Föderation schafften La Chaux de Fonds, Bern und Zürich ihre öffentlichen Häuser ab, während Genf von allen Schweizer Städten allein die Reglementation weiter fortsetzte. Das 1919 vorgeschlagene Bundes-Strafgesetz verbietet Bordelle, und auch Genf wird, sobald es angenommen ist, sie zu schließen haben.

---

[1]) Anm. d. Red.: Diese Angabe beruht auf falscher Information des amerikan. Autors; in der Tschechoslowakei besteht eine sehr rührige Schwestergesellschaft der DGBG., die in unseren „Mitteilungen“ ein gemeinsames Vereinsorgan hat.

Die abolitionistische Föderation veranlaßte auch eine Bewegung zum Schutze der Frauen und Kinder im Kampfe gegen die Unmoral. Zusammengeschlossen sind diese Vereinigungen im deutschen Teile der Schweiz in der schweizerischen Vereinigung (Zürich), und im französischen Teile im französisch-schweizer Komitee für soziale und moralische Hygiene. Außerdem wurde am 24. Februar 1918 eine besondere Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter dem Präsidium von Bloch-Zürich gegründet und in den verschiedenen Kantonen Zweigvereine eingerichtet. 1919 und 1920 arbeitete in Lausanne eine pädagogische Kommission über die Frage, wie die jüngere Generation und wann sie sexuell aufgeklärt werden und vor Geschlechtskrankheiten bewahrt werden sollte. Diese Kommission bereitet je ein Merkblatt für Eltern und für junge Leute vor.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankreich nach dem Kriege schildert Bradley (4). Schon vor dem Kriege wurde der jährliche Verlust an Menschenleben durch Syphilis auf 40000 geschätzt, was einen Verlust im Werte von 200000000 Franks darstellte. Für die Zunahme der Gonorrhöe und Syphilis in der französischen Zivilbevölkerung während des Krieges spricht die Tatsache, daß 90% aller im Krankenhause behandelten Geschlechtskrankenfälle von Soldaten hinter der Front erworben waren, während gleichzeitig von Januar 1916 bis April 1917 die durchschnittliche Zahl der Fälle der ganzen Armee 5971 monatlich betrug. Für zwei Monatsperioden berechnet, stieg diese Zahl im Mai-Juni auf 11057, im Juli-August auf 14811, in den folgenden Monaten noch weiterhin an. Anfang 1916 verhandelte der Minister des Inneren mit dem Medizinaldirektor über die Grundlagen einer ärztlichen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die endgültig in dem Ministerialerlaß 57 vom 5. Juni 1917 formuliert wurden. Dieser Erlaß schuf ein System von „services hospitaliers annexes". Diese umfassen 1. freie ambulante und, wo notwendig, 2. auch freie Krankenhausbehandlung. Sie sollten wenn möglich angegliedert werden an die allgemeinen Krankenhäuser. Der Hauptgesichtspunkt dabei war, die Sprechstunde leicht erreichbar zu machen, sie in die Hand eines Spezialisten zu legen und sie so zu organisieren, daß im weitesten Maße eine sofortige Einleitung der Behandlung möglich würde. Für die relativ kleine Zahl der Krankenhausfälle wurden besondere Erleichterungen vorgesehen. Gehörte ein Patient nicht zu der Kommune des Krankenhauses, so sollten die Ausgaben für seine Behandlung aus einem besonderen Staatsfonds dem Krankenhause in Form einer Subvention ersetzt werden. Auf diese Weise sollte eine Eintreibung der Behandlungskosten bei der Heimatgemeinde des Patienten vermieden und ein Bekanntwerden seiner Erkrankung dort verhindert werden. Um die Hospitalsfälle auf möglichst geringe Ziffern zu bringen, wurden die Verwaltungen der Krankenhäuser angewiesen, den Patienten ihre Fahrtauslagen zu ersetzen, wodurch der Bezirk für die ambulatorische Behandlung der einzelnen Klinik bedeutend vergrößert wurde. Nachdem durch eine weitere Verfügung den Leitern dieser Behandlungsstellen kostenlos Novarsanobenzol von Paris aus zur Verfügung gestellt worden war, wurde die Organisation der „services hospitaliers annexes" durch einen weiteren Erlaß vom 20. Mai 1919 vervollständigt.

Zur Verhinderung der Geschlechtskrankheiten versuchte man die Reglementierung der Prostitution in ein Instrument mehr der sanitären, als der polizeilichen Kontrolle zu verwandeln. So wurde Bürgermeistern und Gemeinden angeraten, die Inskription auf alle, die Prostitution ausübenden Frauen auszudehnen, anstatt wie bisher sie auf die zu beschränken, die irgendwie gegen die öffentliche Ordnung verstoßen hatten. Um das bis dahin der Inskription anhaftende Odium wegzunehmen, sollten die Ausdrücke: fille soumise und femmes en carte ersetzt werden durch femmes inscrites sur le registre sanitaire, und außerdem sollten die Karten zurückbehalten und in kleine Büchlein, die hygienische Ratschläge enthielten, verwandelt werden. Der Erlaß vom 1. Juni 1919 verteidigt insbesondere die Bordelle, führt zu ihren Gunsten nicht nur hygienische und sanitäre, sondern auch moralische Vorteile an, und schafft in ihnen den Ausschank von Alkohol vollkommen ab. Was die Ausführung dieser Verordnungen und Maßnahmen betrifft, so wurden bis Anfang 1920, ohne Einrechnung von Paris, 100 solcher Behandlungsstellen eingerichtet, es werden jedoch bedeutend mehr benötigt und auch bei den jetzt bestehenden ist weder der Standard noch der Betrieb einheitlich oder zufriedenstellend.

Als neue Einrichtung im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten ist das Institut prophylactique in Paris zu erwähnen, eine mit Staatsmitteln unterstützte Einrichtung. Es besteht aus einem Zentrallaboratorium für Serologie in Verbindung mit zwei Fürsorgestellen. Weitere derartige Dispensaires finden sich in St. Germain en Laye, in Nogeant sur Marne, in Nantaire, in Auteuil. Ferner hat das Institut prophylactique den klinischen Dienst in verschiedenen Gefängnissen eingerichtet. Die wachsende Bedeutung der neuen Einrichtung geht aus der Zahl der neuen jährlichen Fälle hervor: 1200 — 1916, 3000 — 1917, 5600 — 1918 und mehr als 6000 — 1919.

Der Fehler dieser Dispensaires liegt darin, daß sie gleichzeitig ein Zentrum der Aufklärung des Publikums und der Zusammenarbeit mit den praktizierenden Ärzten sein sollen. Aber der leitende Arzt, ausgewählt vom Departementspräfekten, hat gewöhnlich weder Autorität seinen Kollegen gegenüber, noch Beziehungen zu ihnen. Deshalb schicken auch die Ärzte ihre widerspenstigen Patienten nicht in die Kliniken, und sie benutzen diese auch nicht zu gelegentlicher Konsultation, noch bedienen sie sich der Bequemlichkeit, die ihnen das bakteriologisch-serologische Laboratorium bietet. Die aktive Mitarbeit der Ärzte wird auch durch die unbegrenzte freie Behandlung von Patienten aller Klassen verhindert. — Diese Kritik Lereddes zeigt die privatkapitalistische Einstellung der französischen Spezialisten dieser wichtigen Frage der Volksgesundheit gegenüber.

Die Regierungsmaßnahmen sind weiterhin von Gougerot kritisiert worden, und er hebt hervor, daß besonders die Präventivmaßnahmen nicht genügend berücksichtigt seien. Er verlangt, daß der Staat den Gemeinden nicht Ratschläge geben, sondern gesetzliche Bestimmungen erlassen soll. Auch er verlangt eine sanitäre, statt einer polizeilichen Inskription. Für die Prostituierten, die sich freiwillig einer Untersuchung und Behandlung unterwerfen, sollte ein mildes System ein-

gerichtet werden, das sie von den Härten der Reglementierung befreit. Diese sollte nur für die Widerspenstigen angewendet werden, aber nur so lange, bis abolitionistische Maßnahmen angewendet werden könnten.

Bradley hingegen findet es besser, jede Überwachung abzuschaffen und auf die Gefahren hinzuweisen, die immer unvermeidbar durch die Prostitution bedingt sind. Aufklärungsarbeit im großen Maßstabe wäre das beste Programm für die Übergangszeit, was auch Gougerots Plan beabsichtigt, der gleichzeitig den Kampf gegen Quacksalber und Scharlatane ins Rollen bringt, und die Arbeit von Vereinen zur Rehabilitierung der Prostituierten. Die aufklärende Arbeit in Frankreich sei aber äußerst schwierig, da ein mittelalterliches Tabu gegen die Diskussion über Geschlechtskrankheiten noch im stärksten Maße in Frankreich vorhanden sei, wo die Zeitungen in offener Weise sich weigern, darüber zu berichten. Die Bourgeoisie, besonders aber ihre Oberschicht, leiste die größte Opposition, und zwar ohne Zweifel deswegen, weil die Syphilis eine Krankheit dieser Kreise sei.

Das Comité nationale de l'éducation physique et sportive et de l'hygiène sociale versucht, durch Vorträge und durch Schriften Aufklärung zu verbreiten. In den Foyers de soldats und den Foyers des alliers, die von amerikanischen Organisationen unterstützt werden, bestehen jetzt in Frankreich zwei Organisationen, die auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten und der sexuellen Erziehung die Pionierarbeit zu leisten haben und die auf amerikanischen Ideen und Methoden beruhen. Beide Einrichtungen sind Klubs für Arbeiterinnen in Paris.

Zur Frage der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Schulkindern nimmt Leipoldt (5) auf Grund sechsjähriger Erfahrung als ärztlicher Inspekteur der Schulen Transvaals Stellung. Er fand 0,06% überhaupt geschlechtskranke Schulkinder, eine Zahl, die von 1914 an fast konstant geblieben ist. Ende 1919 wurden z. B. 45 kranke Kinder unter 80000 weißen Kindern gefunden. Diese Zahl stimmt mit den Erfahrungen des Verfassers in Australien überein und ist viel niedriger als die in Amerika festgestellte, auch niedriger als die Londoner Ergebnisse, fand doch Verf. in London 0,2%. Die Wirkungen der Blennorrhöe werden in Transvaal viel seltener als in Europa gefunden, gibt doch Best 1919 in seiner Monographie „The blind" den Prozentsatz der durch Blennorrhöe erblindeten Jugendlichen bis zu 20 Jahren mit 14,3 an. Auch luetische Augenerscheinungen sehen die Schulärzte sehr selten. Die Zahl syphilitischer Zähne wird mit 0,02% angegeben, doch handelt es sich zweifellos zum Teil nicht um echte Hutchinsonsche Zähne, sondern um Hypoplasien.

Für die Schulen für Eingeborene waren die Untersuchungen zur Zeit der Berichterstattung noch nicht abgeschlossen, doch ist dort die Zahl der geschlechtskranken Kinder größer. In einer Schule für Mischlinge und Eingeborene fand Verf. 0,8%, in einer anderen 3,0% und in einer dritten 1,8%, während eine Schule mit nur Eingeborenen 0,3% geschlechtskranke Kinder aufwies.

Als die Aufgaben des Schularztes werden für den Fall, daß eine Geschlechtskrankheit entdeckt wird, bezeichnet: 1. Ausschließung des betreffenden Kindes vom Unterricht; 2. Benachrichtigung der Eltern;

3. Beratung der Eltern in betreff der Behandlung. Damit endet die Pflicht des Schularztes, denn er hat so die Schule vor Infektion bewahrt. Vor allem darf weder Lehrer noch Direktor über die Natur der Krankheit des Kindes etwas vom Arzte erfahren, selbst dann nicht, wenn starker Grund dafür vorhanden ist, daß die Krankheit in der Schule erworben und dort verbreitet worden ist.

Die Frage der gonorrhoischen Infektion behandelt weiterhin Bland (6), der darauf hinweist, daß direkte Infektionen durch Koitus mit einem erwachsenen Manne, besonders solchen südeuropäischer Abstammung, zu den Seltenheiten gehören. Indessen kommt dies immer wieder einmal vor, wie Verf. an einem Mädchen von 14 Jahren beobachtete, die mit 7 Jahren bei einem Stuprumversuch infiziert wurde. Ferner beobachtete er direkte Infektionen bei fünf kleinen Mädchen, die ihnen von einem Kindermädchen übertragen wurden, als sie an ihnen ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen wollte. In der Mehrzahl der Fälle wird aber die Infektion indirekt übertragen durch Thermometer, Unterkleidung, Bettzeug, Servietten, Handtücher, Schwämme, Waschlappen, Spritzen, Badewannen und Badewasser. Der alte Aberglaube, daß man durch Berührung mit einem Unschuldigen seine Gonorrhöe heilen könnte, ist nicht nur unter Männern, sondern auch unter Frauen verbreitet und nach Seippel wurden 53 Mädchen Opfer dieses Irrglaubens, und auch Wolbarst beschreibt eine Prostituierte, die mehrere kleine Knaben infizierte. Er weist auch darauf hin, daß häufig der Erkrankte bei den Kindern keine sexuelle Befriedigung sucht und deshalb auch keine Verletzung setzt. Verteilt nach Altersklassen ist die Vulvovaginitis neonatorum relativ selten und die Hauptmenge der Fälle kommt im zweiten bis zehnten Jahre vor. Das Durchschnittsalter von 344 Patienten in der Kinderabteilung der Vanderbilt Clinic war 5,1 Jahre, von denen das jüngste 3 Wochen und das älteste $12^1/_2$ Jahr war. Dauer und Verlauf der Erkrankung sind sehr verschiedenartig, denn neben Fällen, die prompt auf Behandlung reagieren, bestehen solche, die jeder Maßnahme trotzen. Der Heilungsfrage gegenüber darf man, nach Ansicht des Verfassers, nicht zu optimistisch sein. Denn nach Skutsch wurden noch nach 12wöchiger intensiver Behandlung in 43% von 140 Fällen Gonokokken gefunden. Besonderer Wert muß auf die Prophylaxe gelegt werden. In allen Einrichtungen für Mädchen, in Säuglings- und Kinderkliniken und in den pädiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser müssen strenge Abwehrmaßnahmen getroffen werden. Vor allem müssen diese bestehen in einer bakteriologischen Analyse des vulvovaginalen Sekrets aller Patienten, die aufgenommen werden sollen, denn fast alle Heimepidemien sind von draußen eingeschleppt worden. So fand Seippel von 252 Fällen von Vulvovaginitis 54%, die wegen eines anderen Leidens im Krankenhause aufgenommen waren. Hamilton fand unter allen Aufnahmen des Kinderkrankenhauses in New York 4% Vulvovaginitis. Verf. empfiehlt zur Verhinderung einer Weiterverbreitung einer Epidemie strenge Isolation der Kinder, Dampfsterilisation von Bett und Kleidern, Anstellung einer besonderen Schwester, die nicht mit anderen Kindern in Berührung kommen darf und möglichst viel Verwendung von Holzgegenständen

bei der Behandlung, die nach Gebrauch verbrannt werden können. Besondere Sorgfalt muß der Verhütung der Augeninfektionen geschenkt werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, daß die Hände nicht mit den Genitalien in Berührung kommen. Auch gonorrhöeinfizierte Eltern müssen aufmerksam gemacht werden und es ist dafür zu sorgen, daß die Kinder nicht mit ihnen in Kontakt kommen.

Die Frage der nachgehenden Fürsorge für Geschlechtskranke wird von Lewinski-Corwin (7) als Sekretär des Public Health Committee of the New York Academy of Medicine an Hand einer Untersuchung über 14 New Yorker Kliniken behandelt. Der Sanitary Code fordert die Einrichtung eines „follow-up"-Systems als eine besondere Kontrolle für die unter der Obhut von Kliniken stehenden Patienten, wodurch eine regelmäßige und ausreichende Behandlung der Geschlechtskranken gesichert werden soll. Die eingehenden Untersuchungen des Verfassers über den gesamten poliklinischen Betrieb der 14 Institute zeigen, daß nicht die notwendigen Vorkehrungen getroffen worden sind, nach den ersten wenigen Besuchen fortbleibende Luetiker wieder der Behandlung zuzuführen und sie so lange darunter zu halten, bis sie genügend behandelt, keine Gefahrenquelle mehr für ihre Umgebung bilden, aber auch selbst gegen spätere Gefäß- und Nervenerkrankungen voraussichtlich geschützt sind. Diese prophylaktischen Möglichkeiten, die von höchster sozialhygienischer Bedeutung sein könnten, werden allgemein von den Kliniken vernachlässigt, denn von den untersuchten 14 Instituten hatten fünf überhaupt keine Überwachung eingerichtet, sechs mahnten die Patienten nur durch Postkarten, während eine intensiver nachgehende Fürsorge durch spezielle Fürsorger nur in dreien vorgesehen ist. Diese Hilfskräfte werden häufig aber auch dazu verwandt, die pekuniäre Lage der Patienten zwecks Entscheidung über die Gewährung freier Behandlung nachzuprüfen. Eine Klinik bedient sich auch klerikaler Hilfe. Es sei hervorgehoben, daß in den Kliniken, in denen die Ärzte besonderes Interesse für ihre Fälle zeigten, die Neigung der Patienten auch nach Abheilung der Erscheinungen sich weiterbehandeln zu lassen, erheblich größer war und ein besseres Resultat erzielt wurde, als durch die nachgehende Fürsorge. Im allgemeinen muß aber gesagt werden, daß fast alle inaktiven Fälle die Behandlung vor ihrer eigentlichen Beendigung verließen und diese Tatsache zeigt doch die Notwendigkeit des Ausbaues einer nachgehenden Fürsorge sowie einer Kontrolle der Patienten.

Die Ausdehnung der nachgehenden Fürsorge auch auf Familienmitglieder des Patienten zur Aufspürung nicht bekannter Infektionen ist noch kaum in Angriff genommen.

Was die nachgehende Fürsorge für Gonorrhoiker betrifft, so wird an drei Kliniken systematisch versucht, die Patienten zur Behandlung zurückzubringen; in einer werden Kartenmahnungen versandt, in der zweiten werden in Abständen von einer Woche zwei Anmahnungen geschrieben und bei Nichtbeantwortung werden Name und Adresse des Patienten an das Gesundheitsamt gemeldet; in der dritten wird eine Mahnung an den Patienten geschickt, und wenn er sich dann nicht einstellt, ergeht die Aufforderung an ihn, den Grund seiner Abwesenheit

anzugeben. Keine der Kliniken hat es zur Regel gemacht, das Social Service Department für eine nachgehende Fürsorge in Anspruch zu nehmen.

Beim Studium der Polikliniken für Gonorrhöe ist die geringe Zahl akuter Fälle von Tripper bei Frauen aufgefallen. Diese werden gewöhnlich in der gynäkologischen Abteilung behandelt. Der Grund hierfür ist entweder darin zu suchen, daß die Frauen ihre Krankheit in den frühen Stadien vernachlässigen oder daß sie, das Odium der Klinik fürchtend, sich privat behandeln lassen.

Der Einfluß der Syphilis auf die Familie des Syphilitikers ist am Material der psychiatrischen Klinik an der Harvard Medical School von Harry C. und Maida H. Solomon (8) an 555 Syphilitikerfamilien studiert worden, wobei folgende Resultate gefunden worden sind. Die Familie des Spätsyphilitikers leidet augenscheinlich durch die Krankheit schweren Schaden. Wenigstens ein Fünftel der Familien haben ein oder mehrere syphilitische Mitglieder außer dem ursprünglichen Patienten. Ein Viertel bis ein Drittel der Familien haben niemals ein lebendes Kind geboren, wogegen die Ziffer in nicht-syphilitischen Familien nur ein Zehntel beträgt. Mehr als ein Drittel der Syphilitikerfamilien, und zwar ein Fünftel der Schwangerschaften aller Familien, weist Schwangerschaftszufälle auf, und zwar Fehl-, Früh- oder Totgeburten. Die Geburtenzahl der Syphilitikerfamilien beträgt 2,05 gegen 3,0 in New-England-Familien sonst. Zwei Drittel der Familien weisen in bezug auf ihre Nachkommenschaft Schädigungen auf (Sterilität, Zufälle der Schwangerschaft und syphilitische Kinder). Nur ein Drittel der Familien zeigt weder Schädigungen der Nachkommenschaft noch des anderen Ehegatten. Etwa ein Fünftel der Untersuchten zeigte eine positive Wassermannreaktion, und zwar mehr die Ehegatten als die Kinder. Ein Viertel bis ein Drittel der Ehegatten und ein Zwölftel bis ein Sechstel der Kinder weisen Zeichen von Syphilis auf.

Über die Notwendigkeit einer sozialen Fürsorge bei Neurosyphilis berichtet gleichfalls Maida Solomon (9). Für besondere Fälle hätten schon seit einiger Zeit die allgemeinen Krankenhäuser eine nachgehende Fürsorge eingerichtet. Auch Kriegs- und Marineamt sahen ein derartiges Fürsorgesystem für mit erscheinungsfreier Syphilis entlassene, aber noch nicht geheilte Soldaten in Garnisonorten vor. Für die anderen Bezirke verlangte der Sanitätschef (Surgeon General) im Anschluß an die Kliniken Anstellung wenigstens einer weiblichen Fürsorgerin. Diese nachgehende Fürsorge für Syphilitiker kommt in der Hauptsache aber den Frühstadien der Syphilis zugute zur Erreichung einer rechtzeitigen Wiederbehandlung. Aber auch bei der Neurosyphilis, die ja lange nach der ursprünglichen Infektion erst zum Ausbruch kommt, ist eine Fürsorge für die Kranken selbst und für ihre Familie nicht weniger wichtig. Eine solche Fürsorge wird von der psychiatrischen Abteilung des Boston Staatskrankenhauses durchgeführt und umfaßt die Untersuchung von Familien der Neurosyphilitiker und solcher Familien, in denen kongenitale Syphilis oder Fälle von Geisteskranken mit Syphilis vorgekommen sind. Das Ziel dieser Familienuntersuchungen ist, alle behandlungsbedürftigen Fälle aufzudecken und gleichzeitig die medizinische Diagnose des Arztes nach der sozialen Seite hin zu ergänzen. Drei Gruppen

von Kranken kommen für die Fürsorgearbeit in Betracht: der Verheiratete, bei dem der Ehegatte und die Kinder noch zu untersuchen sind; der unverheiratete Jugendliche, bei dem es sich um eine kongenitale Syphilis handeln kann, die eine Untersuchung der Eltern und aller anderen Kinder unter 18 Jahren nötig macht; und der unverheiratete Erwachsene, der ja meist eine akquirierte Syphilis hat. Die beiden erstgenannten Gruppen erfordern viel Arbeit und es entstehen natürlich viele Schwierigkeiten, um alle Mitglieder einer Familie zum Gang in die Klinik zu veranlassen, besonders da oft eine einzige Untersuchung zur Stellung einer Diagnose nicht genügt und die Verwandten des Kranken zu häufigen oder periodischen Untersuchungen sich einfinden müssen. Die Klinik steht in enger Zusammenarbeit mit den verschiedenen medizinischen und Wohlfahrtsorganisationen, wodurch die Fürsorgearbeit häufig sehr erleichtert wird. Außerdem wird jeder sichere Fall von Syphilis der Gesundheitsbehörde gemeldet, da die nachgehende Fürsorge für infektiöse Syphilis von diesem Amte ausgeführt wird. Kranke Patienten werden selbstverständlich behandelt. In den Jahren 1917 und 1918 standen 301 Familien von Syphilitikern in der Fürsorge der Klinik, von denen 70% der Klinik als untersuchungsbedürftig gemeldet waren; in 40% dieser Familien wurde jedes Mitglied gemeldet. Von diesen Familien wurden 579 Personen zur Untersuchung aufgefordert und von ihnen 69% untersucht und weitere 10% bei ihrer Vorstellung aus besonderen Gründen nicht untersucht. Von 394 Untersuchten zeigten 21% eine positive Wassermannreaktion und 20% wurden als verdächtig unter Beobachtung gestellt. 51% der Behandlungsbedürftigen wurden in der eigenen Abteilung einer Behandlung unterworfen und 40% an andere Kliniken überwiesen. Die Erfahrung hat dabei gelehrt, daß der Erfolg einer derartigen Methode nur gesichert wird durch eine dauernde, nachgehende Fürsorge und durch den persönlichen Einfluß der Fürsorgerin. Dieser Einfluß ist besonders notwendig bei der langwierigen Behandlung der Neuro- wie der kongenitalen Syphilis. Die Bedeutung einer möglichst frühzeitigen Fürsorge für die Familie der Syphilitiker erhellt auch die Betrachtung von 160 Familien von Nervensyphilitikern und 72 Familien sonstiger Syphilitiker. Von 226 Personen aus Familien, in denen eines der Eltern nervenkrank war, wurden 23% — 33 Ehegatten und 19 Kinder — sero-positiv befunden. Von 91 Personen aus Familien, in denen der kranke Elternteil keine Erkrankung des Nervensystems zeigte, gaben 35% — 13 Ehegatten und 18 Kinder — eine positive Reaktion. Im Vergleich hierzu zeigen die Aufnahmen der psychiatrischen Abteilung 12—14% positive Reaktionen, während in der ganzen Gruppe der untersuchten Familien 27% solcher Fälle gefunden wurden. Den Einfluß der Syphilis auf die Kinderzahl solcher Familien erkennt man aus der Geburtenziffer von 1,7 Kindern pro Familie des neurosyphilitischen und von 2 Kindern der an einer anderen Form der Lues leidenden Eltern, während die Akademiker eine Geburtenziffer von 2,55, die Familien im Durchschnitt 4,4 Kinder aufweisen. 34% der syphilitischen Familien waren kinderlos, während 19—23% der Familien der Akademiker keine Kinder hatten. In der neurosyphilitischen Gruppe der 160 Familien kamen 133 Fehl-, Früh- und Tot-



geburten vor bei 213 lebenden Kindern, von denen nur 194 als gesund bei der Untersuchung bezeichnet wurden. Bei den anderen 72 Familien kamen 82 Fehl-, Früh- oder Totgeburten auf 108 lebende Kinder, bei 90 gesunden. Während früher die Durchführung der doch immerhin kostspieligen Behandlung mit Arsphenamin abhängig war vom Vorhandensein der notwendigen finanziellen Mittel, stellte der Staat Massachusetts seit 1918 bestimmten Kliniken Arsphenamin zur Verfügung und unterstützte damit bereits Anfang 1920 alle öffentlichen Kliniken nicht nur für infektiöse, sondern auch für chronische Formen.

Die persönliche Prophylaxe wird in mehreren Arbeiten behandelt. Frazer (10) empfiehlt eine gründliche Waschung mit Kalium permanganicum 1 : 1000 und Einreibung mit 33% Kalomelsalbe, und er stellt die Forderung, die Männer mit der Technik dieser Methode allgemein bekannt zu machen. Dagegen könnten natürlich moralische Bedenken angeführt werden; außerdem aber werden häufig die Männer zu betrunken sein, um die Methode richtig anzuwenden, oder nicht imstande, sie zu begreifen. Eine Gefahr aber besteht zudem darin, daß die Prophylaktika im Erkrankungsfalle zur Selbstbehandlung verwendet würden und ein rechtzeitiges Eingreifen ärztlicher Behandlung vereiteln. Gegen die moralischen Bedenken, daß die Furcht vor Ansteckung beseitigt und dadurch der Leichtsinn gefördert, und daß das ständige Mitsichtragen des Prophylaktikums einen Daueranreiz zur Ausübung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs ausüben würde, hebt Verf. hervor, daß der erste Einwand deshalb nicht stichhaltig sei, weil die Furcht vor Ansteckung die Männer von der gewerbsmäßigen zur viel gefährlicheren geheimen Prostitution treibt, und gegen den zweiten Einwand wendet er ein, daß ja nur solche Menschen sich mit der Schutzpackung versehen würden, die so wie so nicht auf dem Pfade der Tugend wandeln.

Reid (11) hat in der Garnison Portsmouth folgende statistische Erhebungen über den Wert der Kaliumpermanganicum-Lösung gesammelt. 1917 betrug die Zahl der Geschlechtskranken in der Garnison 92‰ und sank 1919 auf 54,4‰, für den ganzen Militärbezirk Portsmouth auf 47,3‰ und bei Herausnahme der im Garnisonort selbst befindlichen und gut instruierten Stammtruppe 1919 sogar auf 10‰. Die Verminderung der Infektionszahl fällt genau mit der Einführung der Verhütungsmaßregel zusammen.

Boyden (12) tritt gleichfalls für eine energische Prophylaxe auf Grund der eigenen wie der Erfahrungen der amerikanischen Kriegsmarine ein. Auch er wandte die gleiche Lösung an und hatte bei dem kleinen Material von 923 Fällen in zwei Nachkriegsjahren keinen Fall von Gonorrhöe und nur einen von Lues gesehen. Er hat auch versucht, die prophylaktische Packung, bei der als Antisyphilitikum die Metschnikoffsche Salbe verwendet wurde, auf ein Mittel zu vereinfachen. Ein Kalomelcreme, als Grundlage mit Quecksilberzyanit oder mit Chinosollösung verbunden, wird von ihm angegeben. Aber nähere Erfahrungen über die bakteriologische und klinische Prüfung dieses Mittels sind nicht mitgeteilt.

Energischen Protest erhebt Edith H. Hooker (13) gegen die persönliche Prophylaxe, oder, wie sie so häufig und sinnentstellend genannt sei, die „Frühbehandlung", die seinerzeit in die Armee ein-

geführt worden wäre und nicht auf die Zivilbevölkerung übertragen werden sollte. Die Behauptung ihrer „unfehlbaren Wirkung" beruhe auf Statistiken, die von völlig verkehrten Voraussetzungen aus gedeutet würden. Neben vielen anderen Gründen führt H. an, daß es völlig unangängig sei, jeden außerehelichen Verkehr als infektiös zu rechnen, und bei einer Infektionszahl von 1 oder 2 Mann auf 100 zu behaupten, daß durch das Prophylaktikum 98 oder 99% gesund geblieben seien. Sie weist auch auf die vom Gesundheitsinspekteur der Kriegsmarine Holcomb veröffentlichten Zahlen hin, aus denen hervorgeht, daß für alle drei Geschlechtskrankheiten die Erkrankungsziffer 1909 nach Einführung der Prophylaxe anstieg. So stieg in diesem Jahre für Gonorrhöe die Infektionszahl von 10,7 (1908) auf 16,6 und war bis 1916 niemals niedriger als 15,05 auf 10000. Auch für Ulcus molle findet man für das Jahr 1909 ein Ansteigen von 3,3 im Jahre 1908 auf 4,6 und für Syphilis ein solches von 30,0 auf 38,7 pro 10000. Danach hat trotz Einführung der Prophylaxe die Zahl der Erkrankten zugenommen, was möglicherweise, mit der dadurch bewirkten Vermehrung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs zusammenhängt. Und selbst wenn durch die Schutzpackung eine Verminderung der Ansteckungsfälle bewirkt würde, muß vom Standpunkt der Frau das Prophylaktikum abgelehnt werden, weil dadurch die Unmoral des Mannes ansteigen würde, wodurch wiederum die Verführung vieler Mädchen herbeigeführt würde. Gleichzeitig sei die staatliche Empfehlung der Prophylaxe eine offizielle Sanktion der sexuellen Ausschweifung der Männer und damit spiele die Regierung die Rolle der Kupplerin. Auch die prophylaktische Station untergrabe die öffentliche Sittlichkeit und rieche nach Bordell. Denn dort hin kämen die Männer mit dem Brandmal des außerehelichen Geschlechtsverkehrs, sich selbst der Verletzung der Moralgesetze bezichtigend.

Das prophylaktische Paket und die prophylaktische Station bedeuten eine Duldung der männlichen Promiskuität, die eine Verewigung der Prostitution und damit der Geschlechtskrankheiten bewirkt. Die Prophylaxe sei zudem genau so wie die Überwachung der Prostitution von den Männern erfunden worden, um damit das Laster für die Männer ungefährlich zu machen. Wenn die Reglementierung abgeschafft worden sei, so wird dies genau so mit der Prophylaxe gehen, denn beide Systeme sind ähnlich vom Standpunkt der Ethik und vom Standpunkt der Hygiene aus gesehen.

Die Bedeutung des Films für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist von Lashley und Watson (14) unter Zugrundelegung des Films „Fit to win" untersucht worden. Er ist typisch für die übliche Handelsware und deshalb zur Untersuchung besonders geeignet. Er wurde 4000 Versuchspersonen vorgeführt und von diesen liefen 1200 ausgefüllte Fragebogen ein, welche durch mündliche Besprechungen mit fast 100 Männern kontrolliert wurden. Mündliche Berichte wurden außerdem von 73 freiwilligen Mitarbeitern erhalten, die die Wirksamkeit in verschiedenen Einzelpunkten bis zu 6 Monaten nach der Vorführung verfolgten. Der Film lehrt den Ernst der Geschlechtskrankheiten, die Möglichkeit der Übertragung durch Kontakt, die Harmlosigkeit der Enthaltsamkeit und von Samenergüssen, die relative Unsicherheit der persönlichen Prophylaxe, die Notwendigkeit schneller und sachgemäßer



ärztlicher Behandlung sowie die zuverlässigen Beratungsmöglichkeiten in bezug auf die Behandlung. Der Aufklärungswert der Lichtbilder ist ziemlich ausreichend, denn wenigstens 50% der Fragebogen zeigen, daß die Betreffenden, die vorher unwissend oder falsch unterrichtet waren, eine dauernde Aufklärung über die wichtigen Einzelfragen erhielten, und daß 70% aller eine genaue Kenntnis der verschiedenen Punkte gewannen. So lernten z. B. aus dem Film alle die leichte Übertragbarkeit der venerischen Krankheiten durch Kontakt, relativ wenige aber den Unterschied zwischen Gonorrhöe und Syphilis in dieser Hinsicht. Der Film weist indessen an einigen wichtigen Stellen Fehler auf, beispielsweise übertreibt er die ernsten Folgen der Erkrankung, ohne genügend auf die Möglichkeit einer Heilung hinzuweisen, und betont nicht genügend den Unterschied zwischen Gonorrhöe und Syphilis.

Was die Wirkung auf die Empfindungen der Zuschauer betrifft, so ist zweifellos eine sexuell aufreizende nicht zu verzeichnen, im Gegenteil, nach der Aussage verschiedener Männer, ein hemmender Einfluß, Furcht vor Infektion und der Entschluß, Prostituierte möglichst zu meiden, indessen ist die Wirkung keineswegs nachhaltig. Bei den Frauen überwiegt die Sympathie für die unschuldig Infizierten und der Wunsch nach Aufklärung der Jugend, und sämtliche weibliche Zuschauer waren auch der Meinung, daß die Wirkungen des Films nur segensreich sein könnten und daß er einem großen Publikum, auch jungen Mädchen, zugänglich gemacht werden sollte. Wohingegen 50% der Männer ihn nicht vor Frauen (Schwestern und Bräuten) vorgeführt sehen wollten.

Nur ganz vereinzelte Personen sind durch die Lichtbilder zu aktiver Teilnahme im Kampfe wider die venerischen Krankheiten angeregt worden, und zwar vorwiegend solche, die sich bereits vorher mit den Problemen beschäftigt hatten und nun die Bahn zu intensiverer Arbeit geöffnet sahen. Etwa 1% der männlichen Zuschauer hat aus Furcht, angesteckt zu sein, ärztliche Hilfe aufgesucht. Auf keinen Fall bleiben die Eindrücke der Filmbilder länger im Gedächtnis haften als die irgendeines beliebigen Unterhaltungsstückes.

Die Wirksamkeit des Films scheint demnach einzig auf die Aufklärung über venerische Krankheiten beschränkt zu sein, und deshalb muß die Entwicklung von der dramatischen Aufmachung im Stile des Films „Fit to win" fortleiten zu wissenschaftlich gut begründeten Lehrfilms, auf dem von der American Social Association bereits beschrittenen Wege.

Da es unerläßlich ist, neben der Aufklärung über die Gefahren des Geschlechtsverkehrs und das Wesen der Geschlechtskrankheiten auch moralische Eindrücke auf die große Masse zu vermitteln, so kann hiermit nur bei der Jugend auf Erfolg gerechnet werden. Ob aber der Film hierbei das Geeignete ist, scheint mehr als zweifelhaft. Es sollte Aufgabe des Films sein, die öffentliche Meinung dahin zu erziehen, daß die Einsicht allgemein wird, daß andere Methoden der sexuellen Erziehung gefunden werden, die den Bedürfnissen von Kindern und Erwachsenen besser angepaßt sind. Hans Haustein-Berlin.

Die Schriftleitung erbittet Zusendung von Besprechungsexemplaren nach Berlin W, Wilhelmstr. 45.



A Blaschko

Zeitschrift

für

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Band 20. 1922 Nr. 8—12.

Alfred Blaschko †.

Was Alfred Blaschko für die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, für die Wissenschaft, als Arzt und als Mensch bedeutete, ist in zahlreichen Nachrufen des Inlandes und Auslandes eingehend gewürdigt worden.

Die Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verliert mit Alfred Blaschko ihren Mitbegründer und Herausgeber.

Weit über den Bereich des Deutschen Reiches hinaus bekannt geworden, bildete sich die Zeitschrift unter seiner Leitung zu einer Fundgrube für den Forscher heraus, der sich mit diesem Teilgebiet der sozialen Hygiene beschäftigt. Viele Arbeiten rühren von seiner Hand, ein größerer Teil wurde auf seine Anregung hin verfaßt. Alle das Gebiet der Geschlechtskrankheiten berührenden Fragen wurden in der Zeitschrift von den Vertretern der verschiedenen Richtungen gründlich und sachlich, oft leidenschaftlich und mit Schärfe, aber kritisch und ohne persönliche Gehässigkeit behandelt. Eine gewaltige Arbeit wurde hier im Laufe der Jahre auf dem Gebiete der Hygiene der Geschlechtskrankheiten geleistet, und diese Arbeit, an der der Verstorbene den größten Anteil hat, war — hier theoretisch behandelt, von außerordentlicher praktischer Auswirkung für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Alfred Blaschkos Kritik, seine Reformvorschläge gaben den Anstoß dazu, daß die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, getragen von den Erkenntnissen der Wissenschaft, auf eine breite Grundlage gestellt werden konnte; und diese wissenschaftlichen Erkenntnisse lassen sich etwa aus der Zeitschrift zu folgenden Themen zusammenstellen: Beseitigung der Ursachen zur Prostitution, Gefährdetenfürsorge, Pflegeamtsbewegung, Fürsorge für Geschlechtskranke durch Krankenhäuser, Ambulatorien, Krankenkassen, Beratungsstellen, Ausbildung der Ärzteschaft in der Frühdiagnose und Frühbehandlung, Einführung der obligatorischen Prüfung über Geschlechtskrankheiten im ärztlichen Staatsexamen,

Bekämpfung des Kurpfuschertums, Aufklärung der Gesunden über die Gefahren des außerehelichen Sexuallebens, Schutz der Gesunden vor den Kranken, Aufklärung der Kranken über die Gefahren ihrer Erkrankung und über ihre Behandlungspflicht, Hebung des sexuellen und sozialen Verantwortungsgefühls, sittliche Erziehung der Jugend, Ausbau der Sexualpädagogik durch Erziehung der Schule und des Elternhauses Ausbau der allgemeinen und individuellen Prophylaxe, Lösung von ethischen, sozialen und ökonomischen Fragen, statistische Erhebungen über die Verbreitung und Ursachen der Geschlechtskrankheiten, Beratung von Gesetzesmaßnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten. Größere Umfragen über die Wohnungsmißstände und ihre Einwirkung auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, über Prostitution, Reglementierung und Bordelle, über Folgen der Abstinenz, über Zusammenhang von Alkoholwirkung und Geschlechtskrankheiten, über das Sexualleben der Jugend und das Animierkneipenwesen wurden auf seine Initiative hin unternommen und deren Ergebnis hier niedergelegt. Aus den in der Zeitschrift abgedruckten Berichten der Sachverständigenkommissionen der D. G. B. G. geht seine überragende Gutachtertätigkeit hervor.

Daneben wurden Beiträge über Sittengeschichte veröffentlicht und außerdeutsche Verhältnisse eingehend gewürdigt.

Aus der großen Zahl seiner Publikationen sollen diejenigen hervorgehoben werden, die das Gebiet dieser Zeitschrift betreffen:

1890. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten.

1891. Über die Führung von Syphiliskrankengeschichten.

1892. Zur Prostitutionsfrage.
Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.
Die Verbreitung der Syphilis in Berlin.

1893. Syphilis, lex Heinze und Reichsseuchengesetz.
Syphilis und Prostitution vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege.

1894. Syphilis und Prostitution.

1898. Neues über die Verbreitung und Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Berlin.
Syphilitische und Lepröse.

1899. Prostitution in Deutschland (französisch).

1900. Bericht über die erste internationale Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten.
Hygiene der Prostitution und venerische Krankheiten.

Die statistischen Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preußen am 30. 4. 1900.
Abortivbehandlung der Gonorrhöe.
1901. Prostitution und venerische Krankheiten.
Einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis.
1902. Die Prostitution im 19. Jahrhundert.
Zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe.
Bericht über die II. Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten.
Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.
Welche Aufgaben hat die öffentliche Krankenpflege im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten zu erfüllen?
Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.
Bedeutung der Krankenkassen und ähnlicher Einrichtungen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.
Unser neues Merkblatt.
Das Merkblatt der D. G. B. G.
Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte.
Die gesundheitlichen Schäden der Prostitution und deren Bekämpfung.
Syphilis und Lebensversicherung.
1906. Der Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer.
1907. Häufigkeit des Trippers in Deutschland.
Die Aufgaben der D. G. B. G. auf dem Gebiete der Sexualpädagogik.
1909. Sexuelle Frage.
Die Gefahren der Prostitution.
Die Erhaltung der Volkskraft und Volksgesundheit und die Verhütung ihrer Schädigung durch Geschlechtskrankheiten.
Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.
1910. Zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Deutschland.
Prostitution (Handwörterbuch der Staatswissenschaften).
1912. Einfluß der sozialen Lage auf die Geschlechtskrankheiten (mit Fischer).
Hygiene und Rechtsprechung.
Wie veranstaltet man am besten statistische Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten?
Prostitution (Handwörterbuch der sozialen Hygiene).
Geschlechtskrankheiten (desgl.).
1913. Die Gefahren der Syphilis und die Reglementierung der Prostitution.
Die Syphilis als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle
Syphilis its dangers to the community and the question of the controll.
1914. Geburtenrückgang und Geschlechtskrankheiten.
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege.
Die Prostitution in Kriegszeiten.
Vorschläge zur Neuregelung des Prostitutionswesens.
Über internationale Kongresse.
1915. Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege.

1916. Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege.
Zur Reform der Prostituiertenüberwachung.
Zur Bevölkerungsfrage.
Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten.
Beratungsstellen für Geschlechtskranke, ärztliche Schweigepflicht und Anzeigepflicht.
Beratungsstellen für geschlechtskranke Frauen und ihre Unterstützung durch die Hebammen.
Neue Wege zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Aufgaben der Krankenkassen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.
Nachruf auf Neisser.
Wie soll der Geschlechtsverkehr Venerischer bestraft werden?
Mitwirkung der Krankenkassen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.
1917. Ist der zwangsweise Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung anzustreben?
Strömungen und Gegenströmungen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.
Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in England.
Neue Wege zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
1918. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung.
Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin.
1919. Ein neuer Weg zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Die Schutzmittelfrage in Amerika, England und Deutschland.
Frühdiagnose und Frühbehandlung der Geschlechtskrankheiten.
Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Lebensversicherung.
Zwangs- und Strafmaßnahmen gegen Geschlechtskranke.
Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Strafrechtzeitung).
1920. Einführung in die Sexualpädagogik.
Der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
1921. Handbuch der Hygiene.
Die Geschlechtskrankheiten, ihre Gefahren, Verhütung und Bekämpfung.
Persönliche Prophylaxe gegen die Geschlechtskrankheiten.
Die D. G. B. G. (Flugschrift 23).
1922. 20 Ratschläge für junge Männer.
Die Prophylaxe gegen die Geschlechtskrankheiten (in Verhütung der Geschlechtskrankheiten durch Selbstschutz).

Diese hier aufgezählten Arbeiten stellen aus seinen zahlreichen gehalt- und geistvollen Publikationen nur einen kleinen Ausschnitt seines Betätigungsfeldes dar; unerwähnt bleibt seine Bedeutung als Lepraforscher und sein Verdienst um die Bekämpfung der Lepra; als Dermatologe hat der Verstorbene einen Weltruf erlangt; seine wissenschaftlichen Arbeiten haben teilweise bahnbrechend gewirkt;

ihm gebührt ein großes Verdienst um die Erkenntnis der Bedeutung der Gewerbekrankheiten der Arbeiter, für die er außerdem durch soziale Einstellung der Krankengesetzgebung Außerordentliches geleistet hat. Ein feiner Kenner der Gesetze hatte er einen hervorragenden Anteil an dem Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, dessen wesentlicher Inhalt ihm die Erfüllung der Forderungen der sozialen Hygiene war.

Alfred Blaschko war ein genialer Mensch, der seines Zieles bewußt, eigene, vorher unbetretene Wege ging; das Wesen und Wirken dieses seltenen Mannes wird erst an anderer Stelle durch ein tieferes Eingehen in die mannigfache Auswirkung seiner Persönlichkeit als Arzt, Wissenschaftler, Sozialhygieniker und als Mensch voll erfaßt werden können.

Die D. G. B. G. und vor allem die Zeitschrift schuldet dem Verstorbenen einen unauslöschlichen Dank; sein Verdienst um die soziale Hygiene der Geschlechtskrankheiten wird, solange in der Welt soziale, ethische, hygienische und wissenschaftliche Bestrebungen sich geltend machen, unvergeßlich bleiben. Die Zeitschrift gedenkt ihres Herausgebers mit einem alten Dichterwort: „Exegi monumentum, aere perennius“.

Georg Loewenstein.

(Aus der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.)

In memoriam Alfred Blaschko.

Kritische Betrachtungen und Beiträge zur Statistik der Geschlechtskrankheiten (1910—1921).

Von

Dr. **Georg Loewenstein.**

Das Bedürfnis der Öffentlichkeit, über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zuverlässige Zahlen und Vorstellungen zu erhalten, ist unleugbar groß.

Durch die Arbeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die alle Probleme, die mit der Hygiene der Geschlechtskrankheiten in Verbindung stehen, in ihren Jahresversammlungen, Kongressen, ihren Ausschußsitzungen und Sachverständigenkommissionen und in ihren Organen: der „Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ und den „Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ eingehend erörtert hat, durch die von ihr ausgehenden Anregungen und durch die von ihr eingeleiteten Aufklärungstätigkeit wurde der Bevölkerung die ungeheure Bedeutung der Geschlechtskrankheiten klar gemacht.

Die grundlegenden statistischen Arbeiten von Guttstadt, Blaschko und Busch über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Deutschland haben wie alle statistischen Untersuchungen zwar keine allgemeine Popularität erlangt, aber einige in ihnen niedergelegte oder aus ihnen gezogene Ergebnisse findet man in allen volkstümlichen Laienschriften über die Geschlechtskrankheiten wieder, was als ein Beweis dafür gelten kann, daß tatsächlich ein Zahlenhunger auf diesem Gebiete vorliegt.

Nach dem Kriege haben die Zahlen der Geschlechtskranken in ungeheurer Weise zugenommen, soweit man die von Ärzten in Behandlung genommenen Fälle überblicken kann. Das sind zwar nur ungefähre Schätzungen, und die Vermehrung könnte ja eine scheinbare sein, bedingt durch eine vermehrte Inanspruchnahme der Ärzte, die ihrerseits wieder auf die wachsende Erkenntnis von der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung zurückzuführen sein würde. Aber diese Erkenntnis ist keine sprunghafte, sie ist auch nicht neueren Datums. Der Massenzulauf zu den Ärzten beginnt, wie die Frankfurter und Leipziger Statistiken es andeuten, andere Berichte jedenfalls deutlich erkennen lassen, im Jahre 1910 mit der Einführung der Salvarsantherapie.

Dauernd strömten die Menschen in die ärztlichen Sprechstunden; und wenn auch vielleicht der Zustrom nicht in der ursprünglichen Stärke

angehalten hat, ein gewisser Mehrbedarf an ärztlicher Behandlung, eine erhöhte Inanspruchnahme der Ärzte gegenüber der Zeit vor 1910 ist zweifellos.

Der Krieg hat daran nichts geändert. Und wenn man dann erfährt, daß die Zahl der Spezialisten sich nach dem Kriege beinahe verdreifacht und vervierfacht hat, und daß die Praxis der schon früher praktizierenden Spezialärzte in gleicher Weise zugenommen hat, so sind die krampfhaften Versuche, diese ungeheure Zunahme als eine scheinbare hinzustellen, als aussichtslos abzulehnen. Und es fehlt ja auch leider nicht an Gründen, die ein starkes Anwachsen der Geschlechtskrankheiten nicht als unbegreiflich, sondern als notwendig erscheinen lassen.

Der Krieg mit seinen ungeheuren Erschütterungen aller bürgerlichen Verhältnisse hat verheerend gewirkt; nicht umsonst und ohne Nachwehen haben Millionen und Abermillionen unverheirateter und verheirateter Männer in der Fremde ein oft wahrlich nicht sehr moralisches Vagantenleben führen müssen, und die Frauen daheim haben sich nicht selten schadlos gehalten. .

Nicht Deutschland allein, alle am Kriege beteiligten Länder, ohne Ausnahme, haben eine vordem nicht gekannte Zunahme der Geschlechtskrankheiten zu vermelden; ja sogar in neutralen Ländern, wie in der Schweiz, die ein mobilisiertes Heer aufstellen mußten, war eine ungeheure Vermehrung zu bemerken.

Bei uns in Deutschland kommt noch die Auswirkung der Revolution hinzu, die eine Hemmungslosigkeit auf vielen Gebieten bedingte, insbesondere eine selbst im Kriege nicht gekannte Verwilderung der geschlechtlichen Sitten mit sich brachte.

Wer es miterlebt hat, daß sich in den Tagen nach Ausbruch der staatlichen Umwälzung fast alle Geschlechtskrankenlazarette fluchtartig entleerten, so daß im Laufe von 14 Tagen viele Zehntausende von Kranken die reguläre Behandlung aufgaben und in den Schoß ihrer Familie zurückkehrten oder im Strudel der Großstadt untertauchten, wer sich davon überzeugen konnte, daß die von langer Hand getroffenen Vorkehrungen, dazu bestimmt, die aus dem Heeresverband entlassenen Geschlechtskranken zu erfassen, die Kontagiösen zurückzubehalten, die noch Behandlungsbedürftigen einer dauernden Überwachung zuzuführen, daß alle diese Bemühungen in der furchtbaren Katastrophe, die Deutschland damals durchmachte, über den Haufen gerannt wurden, den kann es nicht wundernehmen, wenn in den nächsten Wochen und Monaten Stadt und Land in ungeahnter Weise mit geschlechtskranken Männern überschwemmt und Unzählige infiziert wurden.

Leider war es, als diese Arbeit begann, noch nicht möglich, diese kritische Zeit zu erfassen; das Jahr 1917, dessen Zahlen den ersten Anlaß zu meiner Arbeit gaben, fällt noch mitten in den Krieg. Überall aber ist seit 1919 ein Ansteigen zu beobachten; vor kurzem standen wir auf dem Gipfel, von dem die Zahl langsam wieder absteigt. Das zu beweisen, wird das Ziel einer anderen Arbeit sein.



Eine Statistik über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten sollte ja in erster Linie darüber Auskunft geben, wieviel Menschen überhaupt in ihrem Leben geschlechtskrank werden. Die auch nur einigermaßen genaue Beantwortung dieser Frage ist mangels exakter und sich auf einen genügend langen Zeitraum erstreckender Beobachtungen zurzeit noch nicht möglich.

Die von Blaschko auf Grund der Hamburger Zahlen angestellte Berechnung war zurzeit nur eben dadurch möglich, daß das lückenlos erfaßte Riesenmaterial nach Lebensaltern geordnet vorlag.

An zweiter Stelle steht die Beantwortung der Frage, wieviel Menschen im Laufe eines Jahres krank werden. Diese Fragestellung enthält bereits die Möglichkeit von Fehlerquellen. Ein Syphilitiker bedarf zu seiner Heilung eines über viele Jahre hin sich erstreckenden Zeitraumes, und so kann man nicht bei einer Jahreszählung ohne besondere Vorkehrung die frischen Fälle von den Rezidiven trennen. Nicht anders ist es bei der Gonorrhöe. Auch hier werden die chronischen und die rezidivierenden Fälle von den akuten Fällen einer Sonderung bedürfen.

Diese Fehlerquellen sind bei den bisher erschienenen Statistiken bereits nach Möglichkeit berücksichtigt. Aber bei der Beantwortung der Fragen war man auf die Antworten Vieler angewiesen und aus der Zahl der gegebenen Antworten mußte ein Rückschluß gefaßt werden auf die Zahlen, die mangels ausgebliebener Antwort fehlten.

Es lag also ein Bedürfnis dafür vor, einmal zu sehen, was wohl herauskommt, wenn die Zählung in einer Hand liegt, und wenn dabei die Ergebnisse aus einem großen, sicher zu erfassenden Krankenmaterial herausgezogen werden.

Es mußte von vornherein darauf verzichtet werden, ein Ergebnis zu bekommen, das sich auf die Bevölkerung des ganzen Reiches erstreckt; für eine Zählung kam eine Großstadt wie Berlin in erster Reihe in Betracht. In den Großstädten sind die Geschlechtskrankheiten am meisten verbreitet, und es war festzustellen, ob die zu findenden Resultate sich wesentlich von denen unterscheiden, die Blaschko und Busch in ihren letzten Statistiken veröffentlicht haben.

In Berlin wiederum ist es die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin, die einen großen Teil der Bevölkerung erfaßt. Nicht weniger als 391072 Personen sind 1917 als Mitglieder versichert gewesen; das sind mehr Personen als die Bevölkerung von Kopenhagen beträgt, obwohl eine große Zahl von Männern im Felde war.

Leider lagen die Zahlen von 1918 noch nicht abgeschlossen vor, als ich Mitte 1919 meine Arbeit begann, und ich schwankte eine Zeitlang, ob es überhaupt einen Sinn hätte, einen so weit zurückliegenden und nicht einmal charakteristischen Zeitraum zum Gegenstand der Bearbeitung zu machen; aber da, wie wir sehen werden, gewisse allgemeine grundlegende Fragen an gleichviel welchem Material, wenn es sonst nur gut gesammelt ist und zweckmäßig gegliedert wird, beantwortet werden können, ging ich ohne Bedenken ans Werk.

Grundlage für die Statistik ist der vom Arzt eingereichte Vierteljahrsbon. Er enthält außer Namen, Wohnung und Versicherungsnummer des Patienten einen Vermerk über die Diagnose und den Namen des behandelnden Arztes. Der einzelne Arzt-Bon hat eine Gültigkeit von einem Vierteljahr. Der Patient kann also ein Vierteljahr lang zum Arzt in die Behandlung kommen (1917).

Das Krankenkassenmitglied soll zwar von Rechts wegen alle 4 Wochen dem Arzt einen neuen Schein abgeben, der Arzt dagegen durfte, auch wenn er von dem Kranken mehrere Bons in demselben Vierteljahr erhalten hatte, **in einem Vierteljahr nur einen Bon** für denselben Patienten der Kasse zum Zwecke der Honorierung vorlegen.

Ich war naturgemäß auf eine Vierteljahrszählung angewiesen. Es kam wesentlich darauf an, die Möglichkeit eines oft angeführten Faktors — als Fehlerquelle — zu eruieren, nämlich Doppelzählungen zu vermeiden. Gleichzeitig war es möglich, die Häufigkeit der Doppelzählungen zu überprüfen.

Die Krankenkassen haben bei ihren bisherigen Zählungen lediglich diejenigen Bons zur Auszählung benutzt, die ihnen durch den Zwang zur Zahlung von Krankengeld zu Gesicht kamen, d. h. die Bons der „Erwerbsunfähigen". Alle anderen Bons, die von den Ärzten zum Zwecke der Honorarausschüttung eingereicht wurden, blieben unberücksichtigt. Dadurch sind alle von den A. O.-K. veröffentlichten, diesbezüglichen Zahlen für eine Statistik von Geschlechtskrankheiten nicht zu verwerten: denn diese Zahlen sind einmal, weil sie nur den kleinsten Teil der Geschlechtskranken, nämlich den der zeitweilig Arbeitsunfähigen, umfassen, zu klein, zum anderen aber trotz ihrer Kleinheit in sich wieder zu groß, weil Doppelzählungen unberücksichtigt bleiben.

Auch ergibt sich bei einer solchen Zählungsart ein unwirkliches Verhältnis der Krankheiten zueinander und der Geschlechter an den Geschlechtskrankheiten. So liegt z. B. sicher ein sehr wechselndes Bedürfnis der Kranken vor, sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen. Dieses Bedürfnis richtet sich ganz nach der günstigen oder ungünstigen Lage des Arbeitsmarktes; auch ist die Lage des Arbeitsmarktes manchmal für Männer, ein andermal für Frauen ungünstiger. Und je nach den Umständen wird man mehr weniger erwerbsunfähige Geschlechtskranke in den einzelnen Quartalen oder Jahren unter den Bons der A. O.-K. vorfinden.

Ferner gibt es Berufe, wie z. B. den Dienstmädchenberuf, der den Anteil der arbeitsunfähigen Frauen bei Geschlechtskranken zuungunsten der Frau beeinflußt. Denn in der Regel wird wohl jedes als einwandfrei geschlechtskrank erkanntes Dienstmädchen zur Heilung einem Krankenhaus überwiesen, also arbeitsunfähig.

Die Kassenbons haben auch ihre Nachteile: so sind die auf ihnen vermerkten Diagnosen nicht oder nur zum kleinsten Teile von Spezialärzten abgegeben; auch Frauenärzte und praktische Ärzte sind dabei, und es ist gewiß, daß eine große Zahl sicherer Fälle bei der Diagnosestellung einfach unter den Tisch gefallen ist. Es braucht wohl an dieser Stelle nicht erst gesagt zu werden, daß auf den Kassenbons viele

Fälle von Lues und Gonorrhoe aus diagnostischen Mängeln, aus Rücksicht auf den Kranken oder auch aus anderen noch weiter unten zu nennenden Ursachen nicht enthalten sind.

So z. B. werden in den meisten Fällen die weiblichen Gonorrhöen in der Regel gar nicht als Geschlechtskrankheit geführt. Nur die wenigsten praktischen Ärzte unterziehen sich aus bekannten Gründen der Mühe, ein mikroskopisches Präparat anzufertigen. Auch eine vage Diagnose wird, wenn nicht manifeste klinische Symptome vorhanden sind, die Zahl der venerischen Krankheiten statistisch vermindern. Nicht anders steht es bei der Erkennung aller jener Fälle von Lues, bei denen eine Hautaffektion vorliegt, die mit anderen Hautaffektionen eine gewisse Ähnlichkeit haben, z. B. psoriasiforme, impetiginöse, kleinfollikuläre Affektionen. Viele Fälle von spezifischem Haarausfall, von Angina specifica werden nicht erkannt und darum von der Statistik nicht erfaßt.

Eine große Rolle spielen weiterhin die „unsicheren Fälle", das sind Bons, auf denen die Krankheitsbezeichnung die direkte Nennung der Geschlechtskrankheit zu umgehen sucht. An Zahl übertreffen sie die der sicheren Bons (104,2 gegen 100 sichere Bons). Ihre Berücksichtigung erhöht somit die absolute Zahl um mehr als das Doppelte. Würde die Zählung der unsicheren Fälle kritiklos vorgenommen werden, so würde deren Zahl ungefähr 3 mal so groß sein. Ein genaues Kriterium darüber, ob ein unsicherer Fall als Krankheitsfall unseres Gebietes anzusprechen ist oder nicht, gibt es natürlich nicht. Hier soll ja nur einmal gezeigt werden, daß die unpräzise Krankheitsbezeichnung eine große Rolle spielt und somit eine wirklich präzise statistische Erhebung unsicher macht.

An dieser Stelle sei erlaubt, aus der Summe der Scheindiagnosen des Jahres 1917 nur einige wenige zu nennen.

A. Gonorrhoe.

Männer:

Harnröhrenausfluß.
Harnröhrenverengerung.
Harnröhreneiterung.
Ob Striktur?
Ob Gonorrhoe?
Geschlechtskrankheit.
Harnröhrenentzündung.
Gonorrhoe?
Geschlechtskrank?
Ob Prostatitis.
Ob Samenblasenkatarrh?
Blasenleiden mit Ausfluß.
Blasenkatarrh und Ausfluß?
Einseitige Kniegelenkentzündung.

Frauen:

Gonorrhoe? (Untersuch. auf G. K.).
Gonorrhöischer Ausfluß? (547 Fälle!).
Gonorrhöischer Fluor? (2040 Fälle!).
Gonorrhöische Metritis?
Gonorrhöische Endometritis?
Eileiterentzündung.
Harnröhrenentzündung.
Urethritis.
Scheidenfluß, Fluor, Ausfluß (in vielen 10000 Fällen, nicht gerechnet).
Striktur der Urethra.
Die Diagnose Batholinitis, Analgonorrhoe, Cervixgonorrhoe ist nie genannt, von Feinheiten der Diagnose ganz zu schweigen.

B. **Ulcus molle.**

Leistendrüsenvereiterung.
Bubo?
Verdacht auf Ulcus molle.
Ob Bubo?
Verdacht auf Ulcus molle.
Leistendrüsenentzündung.
Leistendrüseneiterung.

C. **Lues.**

Aneurysma?
Paralysis syphilitica?
Lues cerebri?
Luetische Augenkrankheit?
Tabes?
Luetische Beingeschwüre?
Ulcus durum?
Luesverdacht!
Syphilisverdacht!
Luesverdacht.
Lues?
Paralyse?
Lues cerebri?
Abort durch Lues?
Untersuchung auf Lues.
Haarausfall durch Lues?
Ulcus der Lippe. Lues?
Luetische Kopfschmerzen?
Augenmuskellähmung.
Aneurysma?
Angina luetica?
Luetische Geschwüre?
Lues spinalis?
Tabes?
Frische Lues?
usw.

Dieser kleine Ausschnitt verschleierter Diagnosen mag genügen. Es soll hier ganz dahingestellt bleiben, ob die Fragezeichen hinter einer „Diagnose“, die doch ein reifes, abgeschlossenes Urteil über eine Krankheit darstellen soll, geeignet sind, dem ärztlichen Ansehen zu nützen; es soll bloß gezeigt werden, daß es außerordentlich zu bedauern ist, daß ein so wertvolles, und wie anfangs geschildert, leicht zugängliches Zählmaterial, wie es der Kassenbon ist, auf diese Weise wertlos wird; man bedenke, wie viele Kassen es in Berlin, in der Provinz, in Preußen und im ganzen Reich gibt; man wird bei dieser Erwägung nicht den Wunsch unterdrücken können, daß aus taktischen und anderen Gründen für das gesamte Gebiet des Deutschen Reiches ein für alle Kassen einheitliches Kassenformular von Reichs wegen bestimmt und geschaffen wird, das einmal dem Patienten und der Kasse gegenüber die Arbeitsunfähigkeit usw. sofort bescheinigt, aber die Diagnose so lange offen läßt, bis der Arzt-Zahl-Bon eingereicht wird; dadurch gewinnt der Arzt Zeit, die Diagnose ausreifen zu lassen.

Zwar hat der Arzt auch jetzt (1917) ein Vierteljahr Zeit, die Diagnose zu korrigieren; aber fast in jeder Kassen-Sprechstunde, fast in allen Polikliniken schreibt der betreffende Arzt sehr schnell und sehr unleserlich eine richtige, falsche oder nichtssagende Diagnose auf den Doppelbon, gibt den einen dem Patienten, versenkt den anderen in einen großen Kasten, dem er erst am nächsten Quartalsersten wieder entnommen wird. Da wird kaum jemand noch Genaues wissen, kaum

einer nachprüfen — auch wenn sich die Diagnose geändert hat. — In Zukunft muß deshalb dieser Abschnitt des Arztes eine genaue Krankheitsbezeichnung tragen, also: frische Gonorrhoe, chronische Gonorrhoe-Lues (eine Bezeichnung Plaques, Roseola, Papeln usw. erübrigt sich event.), Tabes, Paralyse usw., auch das Alter, event. der Beruf, muß kurz vermerkt sein; wird diesem Vorschlag Folge geleistet, so ist zu erwarten, daß in Zukunft — da $^2/_3$ aller Menschen in Deutschland versichert sind — es keine Schwierigkeiten mehr geben wird, eine klare einwandfreie Statistik über irgendeine beliebige Krankheit zu machen; alle Angaben über Alter und Beruf sind vorhanden und eine Jahreszählung ist so einwandfrei wie die andere.

Vielleicht ist es empfehlenswert, in Zukunft den praktischen Ärzten zur Vereinfachung statistischer Erhebungen bei Geschlechtskrankheiten Krankheitsbezeichnungen nahezulegen oder vorzuschreiben, die sich ziemlich eng an den Internationalen Todesursachenbezeichnungenkodex anschließen:

Für Tripper: Frischer Tripper,
Komplikation durch Tripper,
Chronischer Tripper.

Für Schanker: Weicher Schanker,
Bubonenschanker.

Für Lues: Angeborene Lues,
Erworbene Lues: Primäraffekt,
Frühlues,
Wassermann-positive erscheinungsfreie Frühlues,
Wassermann-negative Frühlues.
Spätlues: der Haut, der Muskeln, der Knochen, der Eingeweide,
Luetische Nachkrankheiten:
Tabes,
Paralyse,
Aneurysma aortae.
Luetischer Abort.

Anderseits ist der Bon das gegebene Material für eine Statistik. Hier war es nicht erst nötig, durch lange Schreiben, Aufrufe usw. die Ärzteschaft zu interessieren, hier lag keine Mehrbelastung des Arztes vor, hier brauchte zur Erreichung eines Resultates nicht erst von dem an sich schon überlasteten Arzt eine weitere unbezahlte Arbeit erbeten zu werden. Es war kein viele Rubriken enthaltendes Sonderformular auszufüllen, sondern diesen Bon hatte schon jeder Kassenpatienten behandelnde Arzt ausgefüllt, um zu seinem Gelde zu kommen. Deshalb bin ich dem Verein Berliner Kassenärzte zu großem Dank verpflichtet, daß er in bereitwilligster Weise das Material zur Verfügung gestellt hat.

Bei der Durchzählung der Kassenbons bestand natürlich auch keine Möglichkeit, die Fälle besonders nach akut und chronisch oder nach

Lues I, II und III zu prüfen. Es konnte lediglich einmal die absolute Zahl und zum anderen das Verhältnis von männlichen und weiblichen Versicherten in den Bereich der Betrachtung gelangen.

Erst die Vergleichung mit den Zahlen früherer Statistiken und anderer Städte, aus denen ich Resultate erlangen konnte, und die Vergleichung mit der Inanspruchnahme der Spezialärzte und der Beratungsstelle im Verlaufe mehrerer Jahre ließ die Möglichkeit korrekter Vergleiche zu und die Wahrscheinlichkeit, mit den gewonnenen Resultaten brauchbare und glaubhafte Zusammenhänge herzustellen.

Es fehlen die Angaben über Erbsyphilis, weil sich in den Bons keine Angaben darüber finden und naturgemäß bei der Art des Krankenmaterials auch kaum in Betracht kamen.[1])

Über das Alter der Patienten, ihren Beruf kann nichts gesagt werden, weil auf dem Arztbon diese Angaben fehlen.

Ein weiterer fühlbarer Mangel des Materials ist der, daß es in die Kriegszeit fällt. Ein gewisser Teil der männlichen Bevölkerung war während des Kriegs für 6 oder mehr Wochen reklamiert und dadurch vorübergehend Angehöriger der A. O.-K. Danach verschwand der Patient und tauchte unter in der großen Menge des Militärs; Zahlen von den Heeressanitätsstellen, mit Ausnahme der Marine, zu erhalten, war nicht möglich.

Dadurch ist sicherlich die Zahl der männlichen venerischen Patienten viel zu klein, aber auch die der Mitglieder, und dadurch leiden die von mir gefundenen Werte der Doppelzählungen.

Die Zählung der Geschlechtskranken für den Zeitpunkt eines ganzen Jahres vermag es, einmal möglichst viele Fehlerquellen durch Doppelzählungen zu vermeiden, dann aber auch festzustellen, wie viele Infektionsquellen in einem Jahre an einem Orte wie Berlin bei einer einzigen Krankenkasse bestehen, und vermag zu zeigen, wenn man weiß, wie lange Zeit im Durchschnitt eine Geschlechtskrankheit zu ihrer Heilung erfordert, ob die Bevölkerung das notwendige Interesse an ihrer Krankheit hat und alles tut, was zu tun erforderlich ist, um die Krankheit in kürzester Zeit zu überwinden.

Noch einen Grund für die Zählung der Bons für den Zeitraum eines ganzen Jahres muß man anführen:

Der Zeitraum eines Jahres ist ein ganz willkürlich gewählter und, wie schon oben betont, wegen der Eigenart der Geschlechtskrankheiten auch nicht ganz einwandfreier. Aber er schließt sich am besten den bei Statistiken gebräuchlichen Erhebungsarten an, und gibt doch noch bessere Resultate als die Zählung eines Monats oder eines einzigen Vierteljahres, wobei man das Jahresresultat durch Multiplikation mit

---

[1]) Eine weitere Aufgabe wird es sein, aus den Resultaten und eben diesen wünschenswerten und leider fehlenden Angaben zu folgern, welcher Art die an sich höchst willkommenen Bons der Allgem. Ortskrankenkasse Berlin in Zukunft sein müssen, um für eine Statistik wertvolle und ernsthaft in Erwägung zu ziehende Unterlagen zu bieten.



12 bzw. mit 4 erhält. Und vor allem, es werden die von Roesle und Lomholt für so wahrscheinlich gehaltenen Doppelzählungen bei kritisch einsetzendem Vorgehen eruiert.

Als ich mich auf Anraten von Herrn Geheimrat Blaschko dazu entschloß, eine Statistik der A. O.-K. Berlin für das Jahr 1917 zusammenzustellen, war ich mir klar darüber, daß diese Statistik nur zu recht bescheidenen Ergebnissen führen könne, da das Jahr 1917 für eine Statistik außerordentlich ungünstig ist.

Es wurde so vorgegangen, daß von der A. O.-K. Berlin die gesamten Kassenzettel, die im Jahre 1917 bei der Kasse von den Ärzten eingereicht worden waren, nach der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschafft wurden. Es war ein ganzer Möbelwagen voller Zettel, die in Säcken gebündelt ankamen. Diese Säcke füllten die Hälfte eines Zimmers von 4 m Höhe und 8 m Länge und Breite aus.

Die Zählung wurde so vorgenommen, daß ich die Auszählung vornahm, während eine Schreibhilfe die Zahlen notierte. Zunächst wurden die sicheren Fälle von Geschlechtskrankheiten von den anderen Fällen getrennt, dann wurden die unsicheren Fälle ausgesondert und diese wiederum einer kritischen Würdigung unterzogen, so daß der in der Arbeit in die Betrachtung hineingezogene Teil der „unsicheren" Fälle als sicher für Geschlechtskrankheiten zu betrachten ist. Die gebliebenen „unsicheren" Fälle sind sozusagen als Verlegenheitsdiagnose aufzufassen, als Fälle, bei denen irgendwelche Rücksichten den Arzt bestimmt haben mochten, eine harmlos klingende Bezeichnung zu wählen, z. B. „Eitriger Unterleibsausfluß" oder „Leistendrüsenvereiterung" oder „Tripper?" oder „Lues?" oder „Verdacht auf Geschlechtskrankheit" oder „Harnröhrenausfluß" usw. Alles, was also der kritischen Betrachtung bei der zweiten Durchzählung nicht standhielt, wurde entfernt. Danach wurden die sicheren Fälle für sich und die unsicheren Fälle für sich nach Quartalen durchgezählt und notiert, wobei alle Doppelzählungen usw. vermieden wurden. Ich habe genau festgestellt, ob ein Patient mit gleichem Namen und Vornamen in derselben Straße wohnt oder ob er vielleicht verzogen war. Ich habe auch die Nummer, die jedes versicherte Mitglied trägt, in die Betrachtung der Zählung mit hineingezogen. Wo es möglich war, habe ich bei gleichlautenden Vornamen und Namen selbst bei veränderter Wohnung oder Nummer angenommen, daß es sich um dasselbe Mitglied der Kasse handelt. (Dieser Fall kam nur selten vor.) Die doppelt Vorkommenden wurden genau danach betrachtet, ob sie einmal, zweimal, dreimal usw. zu demselben Arzt, oder ob sie einmal zu einem, ein zweites Mal zu einem anderen, ein drittes Mal zu einem dritten Arzt gegangen sind, es wurde jeder tatsächlichen Kombination nachgegangen, so daß ich behaupten darf, daß die von mir gebrachten Zahlen etwa der Wirklichkeit entsprechen. Und wie dies für jedes Vierteljahr einzeln geschah, so wurden die Bons für das ganze Jahr ebenfalls durchgezählt, um festzustellen, ob auf diese Weise eine wesentliche Änderung in der Zahl der Doppelzählungen erkennbar ist, und um nachzuprüfen, ob es ein großer Fehler ist, wenn man sich mit einer

Quartalszählung begnügt und annimmt, daß die Jahresziffer das Vierfache der Quartalsziffer beträgt.

Eine Doppelzählung kann also dadurch entstehen, daß ein Patient während desselben Vierteljahrs den Arzt wechselt; scheidet man in jedem Quartal die doppelten Bons aus, so erhält man die tatsächliche Patientenzahl, also Einzelfälle.

Zum andern kann ein Patient mehr als ein Vierteljahr lang — gleichviel, ob bei einem und demselben Arzt oder bei verschiedenen Ärzten — in Behandlung stehen; so ist es bei der Jahreszählung notwendig gewesen, alle Bons desselben Patienten zu vereinen, der in mehreren Vierteljahren erscheint, um die Jahreseinzelfälle zu gewinnen.

Das vorhandene Material ist demnach zur Feststellung der Doppelzählung zweimal gereinigt.

Gesamtzahl der Versicherten.

Im Jahre 1917 waren bei der A. O.-K. Berlin insgesamt

391072 Personen

versichert, davon

Männer 113456
Frauen 277636.

Es waren also mehr als doppelt soviel Frauen als Männer während des Kriegsjahres 1917 versichert.

Zahl der eingereichten Bons.

In allen vier Quartalen zusammen wurden

659624 Bons

von den Ärzten eingereicht, das sind 168 % der versicherten Mitglieder.

Zahl der Geschlechtskrankheiten betreffenden Bons.

A. Sichere Bons.

a) Jahreszählung:

Zweifelsfrei betrafen Geschlechtskrankheiten 12041 Bons = 1,82 % der eingereichten Bons und **3,08 % der Versicherten.** Nimmt man die erste Reinigung vor und addiert die so erhaltenen Quartalszahlen, so erhält man 11755 Einzelfälle = **3,01 % der Versicherten,** 97,6 % der Geschlechtskrankenbons, 1,78 % der Gesamtbons. Diese Ziffer ist aber, wie oben angedeutet, noch zu groß. Wenn man die Doppelreinigung der Bons vorgenommen hat, erhält man für das Jahr 9932 Fälle = **2,53 % der versicherten Personen,** 82,5 % der Geschlechtskrankenbons und 1,5 % der Gesamtbons.

b) Gewinnung der Zahlen durch Quartalszählung:

(Multiplikation der Quartalsziffer mit 4, um auf die Jahresziffer zu kommen.)

Man erhält

1. Nach Bons:

v. Quart. I 12632 = **3,23** % **der Versich.**, 1,92 % d. Gesamtbons,
104,9 „ d. Geschlkr.-Bons,
„ „ II 11620 = **2,97** „ **der Versich.**, 1,76 „ d. Gesamtbons,
96,5 „ d. Geschlkr.-Bons,
„ „ III 12152 = **3,11** „ **der Versich.**, 1,85 „ d. Gesamtbons,
100,9 „ d. Geschlkr.-Bons,
„ „ IV 11756 = **3,01** „ **der Versich.**, 1,78 „ d. Gesamtbons,
97,6 „ d. Geschlkr.-Bons.

2. Nach Fällen:

v. Quart. I 12328 = **3,15** % **der Versich.**, 1,86 % d. Gesamtbons,
100,2 „ d. Geschlkr.-Bons,
„ „ II 11400 = **2,92** „ **der Versich.**, 1,72 „ d. Gesamtbons,
94,6 „ d. Geschlkr.-Bons,
„ „ III 11820 = **3,02** „ **der Versich.**, 1,79 „ d. Gesamtbons,
98,1 „ d. Geschlkr.-Bons,
„ „ VI 11472 = **2,93** „ **der Versich.**, 1,74 „ d. Gesamtbons,
95,2 „ d. Geschlkr.-Bons.

Man sieht, die Differenzen sind nicht sehr groß, wir werden darauf zurückkommen.

B. Unsichere Bons.

Nach Entfernung aller Bons, die einer Kritik nicht standhielten und die sicher als Fälle von Geschlechtskrankheiten anzusehen sind, wurden gezählt

12542

= **3,2 % der Versicherten**, 1,9 % der Bons überhaupt, 104,2 % der Geschlechtskrankenbons, 126,3 % der Einzelfälle.

Die unsicheren Bons übertreffen dauernd die Zahl der einwandfrei bezeichneten Bons von Geschlechtskrankheiten.

C. Bei Berücksichtigung der unsicheren Bons.

a) Jahreszählung:

sichere + unsichere Bons **6,3 % der Versicherten**, 3,7 % Gesamtbons, sichere + unsichere Fälle (nach Doppelreinigung) **5,73 % der Versicherten**, 3,4 % der Gesamtbons.

b) Gewinnung der Zahlen durch Multiplikation der Quartalszählung mit 4:

1. Nach Bons

für Quartal I **6,4** % **der Versicherten**, 3,8 % d. Gesamtbons,
209 „ d. sich. Geschlkr.-Bons,
„ „ II **6,2** „ **der Versicherten**, 3,7 „ d. Gesamtbons,
200 „ d. sich. Geschlkr.-Bons,
„ „ III **6,3** „ **der Versicherten**, 3,7 „ d. Gesamtbons,
205 „ d. sich. Geschlkr.-Bons,
„ „ VI **6,2** „ **der Versicherten**, 3,7 „ d. Gesamtbons,
201 „ d. sich. Geschlkr.-Bons.

2. Nach Fällen

v. Quart.	I	**6,4 %**	**der Versich.,**	250 % d. sich. Einzelf. b. Jahreszähl.
"	" II	**6,1** "	" "	241 " " " " " "
"	" III	**6,2** "	" "	245 " " " " " "
"	" VI	**6,1** "	" "	241 " " " " " "

Das Verhältnis der sicheren zu den unsicheren Bons = 1 : 1,5. Das Verhältnis der sicheren Fälle zu den unsicheren Bons = 1 : 1,8.

D. Doppelzählungen.

Die Doppelzählungen betragen 2109 bei Jahreszählung, d. s. 17,5 % der Geschlechtskrankenbons.

Die bisherigen Prozentzahlen ergeben einen Unterschied von 0,5 bis 1 % bei der Zählung für das ganze Jahr, bei der Addition aller Quartale oder bei der Multiplikation eines einzelnen Quartals mit 4.

Zwischen den sicheren Fällen und den sicheren Bons (sichere Geschlechtskrankheiten) besteht ein Unterschied von 17,5 %, das würde nichts anderes heißen, als daß auf 1000 Geschlechtskranke 175, auf 100000 Geschlechtskranke 17500, auf 1000000 Geschlechtskranke 175000 Kranke bei der bisherigen unberücksichtigenden Zählungsart zu viel gezählt würden. Wie groß diese Zahl ist, sieht man bei der Vergleichung mit der in der Tagespresse für die Geschlechtskrankheiten gemeldeten Zahl von 6000000 Kranken; man müßte, wenn diese Zahl nur einigermaßen richtig wäre, 1000000 Kranke abziehen!

2109 Bons betreffen, wie bereits gezeigt, Patienten, die einen Arzt 1—7 mal aufgesucht hatten, oder die 2 mal, 3 mal, 4 mal, 6 mal verschiedene Ärzte usw. aufgesucht hatten.

Danach hätten 82,5 % aller geschlechtskranken Patienten das nicht getan.

Diese Zahl ist aber, wie einige Beispiele zeigen werden, zu groß. Z. B. kann

1. ein Patient am 5. Dezember in Behandlung kommen; dieser Patient kann gar keinen Doppelbon haben,

2. ein anderer kommt am 2. Oktober in Behandlung; er ist sehr sorgfältig und bringt die Bons; auch dieser hat selbstverständlich nur einen Bon, denn der Arzt mußte den Bon vom November und Dezember vernichten, da er für ein Vierteljahr nur einen Bon einreichen durfte.

3. ein dritter kommt am 2. Februar wegen einer chronischen Gonorrhoe; der Arzt findet keine Gonokokken, bestellt ihn aber nach 8 Tagen nochmals — wieder keine Gonokokken — der Arzt bestellt den Patienten nicht wieder.

4. Herr X. läßt sich am 3. März einen Wassermann machen. Er tritt dann (1917) aus der A. O.-K. in die Siemens Kasse und kommt alle $^1/_4$ Jahre regelmäßig zur Untersuchung.

Immerhin ist wohl ein nicht unbeträchtlicher Teil der geschlechtskranken Kassenpatienten nach $^1/_4$ Jahr — solange hatte ja der Quartalsbon Gültigkeit — aus der Behandlung fortgeblieben oder aus der Kassen-



behandlung in die Privatbehandlung übergegangen. Das letztere dürfte nach den Erfahrungen, die ein Teil der Spezialärzte mit Privatpatienten machen, nicht allzuoft der Fall sein. Bei Gonorrhöe reicht zur Not eine Vierteljahrsbehandlung aus, bei der Lues ist dies aber nie der Fall.

Die Mehrzahl der Spezialärzte, die ihre Kranken genau registrieren, pflichtet der Ansicht bei, daß ein Teil der Patienten, sobald sie beschwerdefrei sind oder sich geheilt glauben, aus der Behandlung fortbleiben. Nur ein kleiner Teil bildet einen Stamm, der die Weisungen des Arztes aufs genaueste befolgt und sich zuverlässig in den geforderten Zwischenräumen einer Nachuntersuchung unterzieht. Diese wenigen Patienten sind es in der Regel, die entweder völlig geheilt werden, oder deren Erkrankung rezidivfrei gehalten werden kann. Das hat eine sehr große Bedeutung und liefert den Beweis, warum sich die Geschlechtskrankheiten ungeheuer weiter verbreiten.

Wenn weit mehr als die Hälfte der Kassenpatienten aus der Behandlung fortbleibt, so bedeutet das, daß z. B. die Luetiker, die sicher nach 4—5 Monaten ein Rezidiv haben, längere Zeit mit ihren ansteckenden Erscheinungen herumlaufen, oder daß ein Gonorrhoiker munter weiter infiziert.

Ob das Fernbleiben der Patienten aus Abneigung gegen die Massenbehandlung geschieht, kann hier nicht erörtert werden. Auch wird dieser Umstand nur eine kleine Rolle spielen, da ähnliche Verhältnisse auch bei Privatpatienten statthaben.

Sicher ist, daß eine Indolenz der Geschlechtskranken vorliegt, die zwar, wie alle Sachkundigen übereinstimmend zugeben, im Abnehmen begriffen ist, aber dennoch groß genug ist, um viel Unheil zu erzeugen.

Neben einer Minderzahl an Patienten, die ihr Leiden gewissenhaft, ja beinahe übertrieben gewissenhaft beobachten, ist die Mehrzahl froh, wenn sie nicht an den Arzt und an die Krankheit zu denken braucht.

Hier liegt ein Kernpunkt der Ausbreitungsfrage der Geschlechtskrankheiten vor. „Die Geschlechtskrankheiten werden verbreitet durch den Geschlechtsverkehr Geschlechtskranker.“ Die Geschlechtskranken verbreiten ihre Krankheit nicht wissentlich — das wird nur selten der Fall — und kaum je nachzuweisen sein, dagegen fahrlässig, weil sie, bevor der Arzt nicht die Heilung ausspricht, den Umständen nach annehmen müssen, daß sie geschlechtskrank sind.

Wenn es auch nur einem Drittel der Patienten möglich ist, aus der Behandlung zu verschwinden, so würden sie mehr oder weniger mit dem § 3 der Dezember-Verordnung 1918 (Gefährdungsparagraph) in Berührung kommen.

Dieser ist aber praktisch wirkungslos und kein Kranker kommt je unter seine Macht. Auf eine angestellte Umfrage konnte festgestellt werden, daß alle bisher in der Lokalpresse als Bestrafung aus § 3 dieser Verordnung angeführten Fälle auf Grund der Annahme einer vorliegenden Körperverletzung erfolgt sind, daß dagegen keine einzige einwandfreie Bestrafung aus dem § 3 seit Bestehen des Gesetzes erfolgen konnte, weil eine wissentliche Gefährdung nachzuweisen für den Richter unmöglich war.

Es liegt also die Wurzel in der Indolenz[1]) und Unwissenheit.

Gegen die Unwissenheit versucht die Aufklärung, wie sie die D. G. B. G. treibt, Front zu machen, nicht vergeblich, denn die Zahl der in die Behandlung Gehenden ist zweifelsfrei gestiegen. Sie ist sogar so sehr gestiegen, daß daran wieder der unzureichenden Behandlung die Schuld gegeben wird, während es doch nur — wie wir oben schon bemerkt haben — vermehrte Aufmerksamkeit des Volkes ist.

Im folgenden zeigen wir, wie sich die Doppelzählungen innerhalb der Krankheiten, und innerhalb der Geschlechter verhalten:

Allgemein.

Gonorrhoe.

	Fälle	Bons	Differenz	Proz. der Bons
Männer	3116	3658	542	14,8
Frauen	1177	1285	108	8,4
Männer u. Frauen	4293	4943	650	13,2

Ulcus molle.

	Fälle	Bons	Differenz	Proz. der Bons
Männer	280	298	18	6,01
Frauen	126	138	12	8,6
Männer u. Frauen	406	436	30	6,9

Syphilis.

	Fälle	Bons	Differenz	Proz. der Bons
Männer	2136	2612	476	18,2
Frauen	3097	3751	654	17,4
Männer u. Frauen	5233	6363	1130	17,8

Spezialisiert. A. Für das ganze Jahr.

Von den Männern haben den Arzt aufgesucht:

a) bei Gonorrhoe.

2 × = 296	= 9,5	Proz.	der ♂ Gonorrhoefälle
3 × = 82	= 2,6	„	
4 × = 26	= 0,83	„	
5 × = 1	= 0,032	„	

[1]) Gegen die Indolenz etwas auszurichten, ist schwer.

Vielleicht könnte der Arzt, wenn eine weitere Mehrbelastung des viel geplagten und schlecht bezahlten Kassenarztes noch möglich ist, verpflichtet werden, bei Beginn und nach Abschluß eines Behandlungsturnus dem Patienten ein präzis und knapp geschriebenes, gesetzlich eingeführtes Merkblatt mit Verhaltungsmaßregeln, wie es Blaschko, Hoffmann u. a. vorgeschlagen haben, und wie es in den Sitzungen des Reichsgesundheitsrates 1919 erwogen ist, auszuhändigen und vor allem sich die erfolgte Belehrung bescheinigen lassen. Durch den Akt der Unterschrift wird der Patient auf den Ernst und die soziale Wichtigkeit seiner Krankheit hingewiesen.



b) bei Ulcus molle.

2 ×	= 13 =	4,64 Proz.	} der ♂ Schankerfälle	
3 ×	= 1 =	} 0,36 „		
4 ×	= 1 =			

c) bei Lues.

2 ×	= 222 =	10,4 Proz.	} der ♂ Luesfälle
3 ×	= 106 =	4,97 „	
4 ×	= 39 =	1,8 „	
5 ×	= 5 =	0,23 „	
6 ×	= 1 =	0,047 „	

Von den Frauen haben den Arzt aufgesucht:

a) bei Gonorrhoe.

2 ×	= 78 =	6,6 Proz.	} der ♀ Gonorrhoefälle
3 ×	= 15 =	1,3 „	

b) bei Ulcus molle.

2 ×	= 8 =	6,3 Proz.	} der ♀ Ulcus molle
3 ×	= 2 =	1,6 „	

c) bei Lues.

2 ×	= 264 =	8,52 Proz.	} der ♀ Luesfälle
3 ×	= 177 =	5,72 „	
4 ×	= 90 =	2,91 „	
5 ×	= 11 =	0,36 „	
6 ×	= 1 =	} 0,032 „	
7 ×	= 1 =		

B. Nach Quartalen.

Von den Männern haben den Arzt aufgesucht:

a) bei Gonorrhoe.

	2 ×	× 4 für das Jahr	Proz. der ♂ Gonorrhoe-fälle	3 ×	× 4 für das Jahr	Proz. der ♂ Gonorrhoe-fälle
Qu. I	19	76	2,4	—	—	—
„ II	14	→	← + →	2	64	2,05
„ III	24	→	← + →	1	100	3,21
„ IV	23	→	← + →	1	96	3,08

b) bei Ulcus molle.

	Qu. I		Qu. II		Qu. III		Qu. IV	
	× 4	Proz.	× 4	Proz.	× 4	Proz.	× 4	Proz.
2 ×	3 = 12	4,28	3 = 12	4,28	5 = 20	7,14	2 } 12	4,28
3 ×	—	—	—	—	—	—	1	

c) bei Lues.

	× 4	Proz.	× 4	Proz.	× 4	Proz.	× 4	Proz.
2 ×	14 = 56	2,6	14 × 4 = 56 = 2,6		2 } 88	4,1	14 = 56	2,6
3 ×	—	—	—		1		—	—
	Qu. I		Qu. II		Qu. III		Qu. IV	

Von den Frauen haben den Arzt aufgesucht.

a) bei Gonorrhoe.

	2 ×	für das Jahr	Proz. der Gonorrhoefälle ♀
Qu. I	3	12	1,02
„ II	2	8	0,68
„ III	2	8	1,36
„ IV	5	20	1,7

b) bei Ulcus molle.

	2 ×	für das Jahr	Proz. der Ulcus molle-Fälle ♀
Qu. I	3	12	9,5
„ II	2	8	6,4
„ III	2	8	6,4
„ IV	1	4	3,2

c) bei Lues.

	2 ×	3 ×	für das Jahr	Proz. der Luesfälle ♀
Qu. I	30		128	4,1
„ II	16	2	64	2,01
„ III	24	—	96	3,01
„ IV	22	—	88	2,8

Vergleicht man die so gefundenen Resultate der Doppelzählung für das ganze Jahr und der Doppelzählungen für das Quartal, so erkennt man den außerordentlich großen Unterschied, der zwischen diesen beiden Zählungsmodi liegt und der sicher eine gewisse, nicht unbedeutende Rolle spielt, wenn man Statistiken auf Quartalszählungen aufbaut. Auf Grund dieser Zählung muß verlangt werden, daß in Zukunft bei Statistiken die Zeit eines Jahres als Mindestzählzeitraum zugrunde gelegt werden muß, wenn man den Doppelzählungen auch nur einigermaßen Rechnung tragen will.

Verhältnis der drei Geschlechtskrankheiten zueinander.

a) Jahreszählung.

1. nach Bons:

Gonorrhoe	4943 =	41,05 % der Geschlechtskrankheitsbons
Ulcus molle	436 =	3,62 „ „ „
Lues	6662 =	55,3 „ „ „

Verhältnis von Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 11 : 1 : 14.

2. Unsichere Bons:

Gonorrhoe	11 661 =	92,9 % der unsicheren Bons
Ulcus molle	523 =	4,16 „ „ „ „
Lues	358 =	2,08 „ „ „ „

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 33 : 1,5 : 1.

Betrachtet man die Verhältniszahlen von Gonorrhoe, Ulcus molle und Lues zueinander, so sind die Unterschiede bei 1. und 2. so groß, daß wir annehmen dürfen, erst das Zusammenwerfen beider Gruppen wird ein richtiges Bild ergeben. Tatsächlich bekommen wir da:

	Sichere Bons		Unsichere Bons		Zusammen	
		Proz. d. Vers.		Proz. d. Vers.		Proz. d. Vers.
Gonorrhoe .	4943	1,26	11661	2,98	16604	4,24
Ulcus molle	436	0,11	523	0,13	959	0,25
Lues . . .	6662	1,7	358	0,09	7020	1,79

also ein Verhältnis von:

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 16 : 1 : 17.

Durch Addition der 4 Quartale erhält man nach Bons keine veränderten Zahlen, dagegen erhält man:

b) **durch Multiplikation der Quartalsrate mit 4.**

1. Sichere **Bons.**

	Quartal I			Quartal II		
		Proz. d. Vers.	Proz. d. G.-K.-Bons		Proz. d. Vers.	Proz. d. S.-K.-Bons
Gonorrhoe .	5100	1,3	42,4	4688	1,2	38,93
Ulcus molle .	504	0,13	4,19	452	0,12	3,75
Lues . . .	7028	1,8	58,36	6480	1,66	53,81
	Quartal III			**Quartal IV**		
		Proz. d. Vers.	Proz. d. G.-K.-Bons		Proz. d. Vers.	Proz. d. G.-K.-Bons
Gonorrhoe .	5100	1,3	42,35	4884	1,25	40,56
Ulcus molle .	416	0,11	3,45	372	0,10	3,09
Lues . . .	6636	1,7	55,11	6500	1,66	53,09

c) Sichere + unsichere Bons würden dann ergeben:

	Quartal I			Quartal II		
		Proz. d. Vers.	Proz. der Bons		Proz. d. Vers.	Proz. der Bons
Gonorrhoe .	16761	4,28	2,54	16349	4,18	2,48
Ulcus molle .	1027	0,26	0,16	975	0,25	0,15
Lues . . .	7386	1,88	1,12	6638	1,75	1,04
	Quartal III			**Quartal IV**		
		Proz. d. Vers.	Proz. der Bons		Proz. d. Vers.	Proz. der Bons
Gonorrhoe .	16761	4,28	2,54	16545	4,23	2,51
Ulcus molle .	939	0,24	0,14	895	0,23	0,135
Lues . . .	6994	1,79	1,06	6858	1,75	1,04

Das Verhältnis der drei Krankheiten zueinander wurde also bei Betrachtung der letzten Resultate kaum verändert.

2. Sichere **Fälle.**

Durch **Addition** der 4 Quartale hat man 11755 Fälle, durch **Multiplikation** mit 4 erhält man:

	Quartal I			Quartal II		
		Proz. d. Vers.	Proz. d. G.-K.-Bons		Proz. d. Vers.	Proz. d. G.-K.-Bons
Gonorrhoe .	5012	1,28	41,62	4608	1,18	38,27
Ulcus molle .	480	0,12	3,9	432	0,12	3,59
Lues . . .	7636	1,95	63,4	6360	1,63	52,8
	Quartal III			**Quartal IV**		
		Proz. d. Vers.	Proz. d. G.-K.-Bons		Proz. d. Vers.	Proz. d. G.-K.-Bons
Gonorrhoe .	4980	1,27	41,36	4764	1,2	39,56
Ulcus molle .	388	0,1	3,2	352	0,09	2,92
Lues . . .	6452	1,65	53,58	6356	1,63	52,82

Gonorrhoe : Ulcus molle : Syphilis = 12 : 1 : 17.

Sichere + unsichere Fälle würden dann ergeben:

	Quartal I		Quartal II		Quartal III		Quartal IV	
		Proz. d. Vers.		Proz. d. Vers.		Proz. d. Vers.		Proz. d. Vers.
Gonorrhoe	16673	4,26	16269	4,16	16641	4,26	16425	4,2
Ulc. molle	1003	0,26	955	0,24	911	0,23	875	0,22
Syphilis .	7994	2,04	6718	1,72	6810	1,74	6714	1,72

Gonorrhoe : Ulcus molle : Syphilis = 16 : 1 : 7.

Erst die Zählung des ganzen Jahres ergibt ein richtiges **Resultat.**

Sichere Fälle (jahrweis gezählt und doppelt gereinigt) ergeben:

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 4293 : 406 : 5233

etwa wie 10 : 1 : 14.

Sichere Fälle + unsichere Fälle ergeben:

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 15954 : 929 : 5591

etwa wie 16 : 1 : 6.

Zählung nach Geschlechtern.

A. Männer. Versichert 113456 Männer.

a) **Sichere Bons.**

	Zahl d. geschl.-kranken Männer	Proz. der G.-K.-Bons	Proz. der Versicherten	Proz. d. geschl.-kranken Männer
Gonorrhoe .	3658	30,4	3,22	55,6
Ulcus molle .	298	2,5	0,26	4,5
Lues . . .	2612	21,6	2,3	39,9
	Summa = 6568	54,5		

Gonorrhoe : Ulcus molle : Syphilis = 13 : 1 : 9.

Da durch Addition oder Multiplikation der Quartalbons keine wesentlichen Änderungen eintreten und es wohl nach den vorher gezeigten Berechnungen ersichtlich ist, welche Unterschiede eintreten können, und es in erster Linie auf die doppelte Eruierung der Doppelzählungen bei Betrachtung der Jahresfälle ankommt, so können wohl hinfort ohne Not — wenn nicht gerade ein augenfälliger Unterschied die Aufzählung erfordert — diese Zahlen übergangen werden.

b) Unsichere Bons (Männer).

		Proz. d. vers. Männer
Gonorrhoe . .	2620	2,3
Ulcus molle .	160	0,14
Syphilis . . .	83	0,07

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 16 : 2 : 1.

c) Sichere + unsichere Bons.

		Proz. d. vers. Männer
Gonorrhoe . .	6278	5,53
Ulcus molle .	458	0,4
Lues	2695	2,37

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 14 : 1 : 6.

Sichere Fälle (Doppelreinigung).

		Proz. der vers. Männer	Proz. d. geschl.-kr. Bons	Proz. d. geschl.-kr. Männer
Gonorrhoe .	3116	2,75	25,9	56,3
Ulcus molle .	280	0,25	2,3	5,1
Lues . . .	2136	1,88	17,7	38,6

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 11 : 1 : 7.

Sichere Fälle + unsichere Bons.

		Proz. der vers. Männer
Gonorrhoe .	5736	5,06
Ulcus molle .	440	0,39
Lues	2219	1,96

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 12 : 1 : 5.

Die Zahl der sicheren Fälle (Doppelreinigung) verhält sich

zur versicherten Zahl	= 1	:	71
zur Männerzahl	= 1	:	21
zur Bonszahl	= 1	:	119
zur Zahl der sicheren G.-K.-Bons	= 1	:	2,1
zu Gonorrhoemännern	= 1,75	:	1
zu Schankermännern	= 20	:	1
zu Luesmännern	= 2,5	:	1

B. Frauen. Versichert 277 636 Frauen.

a) Sichere Bons.

	Zahl der geschl.-kranken Frauen	Proz. der G.-K.-Bons	Proz. der versichert. Frauen	Proz. d. geschl.-kranken Frauen
Gonorrhoe .	1285	10,7	0,46	23,3
Ulcus molle .	138	1,2	0,05	2,6
Lues . . .	4050	33,6	1,46	74,1
	Summa = 5473	45,5		

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 9 : 1 : 29.

b) Unsichere Bons.

		Proz. der vers. Frauen
Gonorrhoe . .	9041	3,26
Ulcus molle .	363	0,13
Lues	275	0,1

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 70 : 3 : 2.

c) Unsichere + sichere Bons.

		Proz. der vers. Frauen
Gonorrhoe .	10326	3,72
Ulcus molle .	501	0,18
Lues	4325	1,55

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 21 : 1 : 8,5.

Sichere Fälle (Doppelreinigung).

		Proz. der versicherten Frauen	Proz. der G.-K.-Bons	Proz. d. geschl.-kranken Frauen
Gonorrhoe .	1177	0,42	9,8	26,7
Ulcus molle .	126	0,05	1,05	2,9
Lues . . .	3097	1,02	2,57	70,4

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 9 : 1 : 24.

Sichere Frauenfälle verhalten sich

zur versicherten Zahl	= 1	: 90
zur Frauenzahl	= 1	: 63
zur Bonszahl	= 1	: 150
zur Zahl sicherer G.-K.-Bons .	= 1	: 2,7
zu Gonorrhoefrauen	= 3,4	: 1
zu Ulcus molle-Frauen	= 35	: 1
zu Syphilisfrauen	= 1,35	: 1

Sichere + unsichere Fälle.

		Proz. der vers. Frauen
Gonorrhoe .	10218	3,68
Ulcus molle .	489	0,18
Lues . . .	3372	1,22

Gonorrhoe : Ulcus molle : Lues = 20 : 1 : 7.

Das Verhältnis der Geschlechter zueinander.

Versichert sind:

Männer : Frauen
113456 : 277636 = **1 : 2,45**

Bons = 1,3 : 1,1.

	Männer zu Frauen					
	1 a) Sichere Bons	2 b) Unsich. Bons + sichere Bons	3 Unsichere Bons allein (4 : 15)	4 Sichere Fälle (5 : 4)	5 Sichere + unsich. Fälle (1 : 1,75)	6 Auf die Zahl der Vers. berechnet
Gonorrhoe .	2,8 : 1,0	1 : 2	1 : 3,5	3 : 1	1 : 2	5 : 3
Ulcus molle .	2,0 : 1,0	3 : 5	1 : 2,2	2 : 1	5 : 6	2 : 1
Lues . . .	1 : 1,6	1 : 2,6	1 : 3,2	1 : 1,45	2 : 3	5 : 3

In Kolonne 5 der letzten Zahlengruppe verhalten sich:

Männer : Frauen a) bei Gonorrhoe . = 1 : 2
b) bei Ulcus molle = 5 : 6
c) bei Lues . . . = 2 : 2

Da nun doppelt soviel Frauen als Männer versichert sind, sind die Verhältniszahlen der Frauen um mehr als doppelt zu groß; erst die Relation auf die Versichertenzahl gibt ein annähernd richtiges Bild für 1917

Männer : Frauen a) bei Gonorrhoe . = 5 : 3
b) bei Ulcus molle = 2 : 1
c) bei Lues . . . = 5 : 3

In der folgenden Kurve wird der Anteil der versicherten Erwerbsunfähigen, an einer Geschlechtskrankheit Erkrankten prozentual dargestellt, soweit sie in den Jahren 1918—1920 zur Kenntnis der Kasse kamen. Hierbei sind also nur die erwerbsunfähigen Kranken berücksichtigt, die Kurve hat nur relativen Wert; die unsicheren „Scheindiagnosen", die ambulant Behandelten und die Doppelzählungen fehlen ganz; welche Bedeutung das für eine Statistik haben kann, erkennt man aus den beigefügten Prozentzahlen für 1917, die ich ausgezählt habe.

Die Zahlen für diese Jahre sind:

Jahr	Männer Proz. der Versich.	Frauen Proz. der Versich.
1918	0,64	2,46
1919	0,75	3,18
1920	1,0	3,82

Die Zählung der Kassenbons der A. O.-K. hat einige wichtige Fehlerquellen für das Zustandekommen von statistischen Zahlen bewiesen. Sie hat gezeigt, daß diese Fehlerquellen, weil sie berücksichtigt werden können, vermeidbar sind.

Deshalb muß gefordert werden, auf statistische Feststellungen von Geschlechtskrankenübersichten in einem bestimmten Lande, einer bestimmten Stadt oder im ganzen Reich lieber zu verzichten, als ungenaue, unberechtigte, weil vage Zahlen, die den tatsächlichen Verhältnissen nicht Rechnung tragen, einer Zählung zugrunde zu legen.

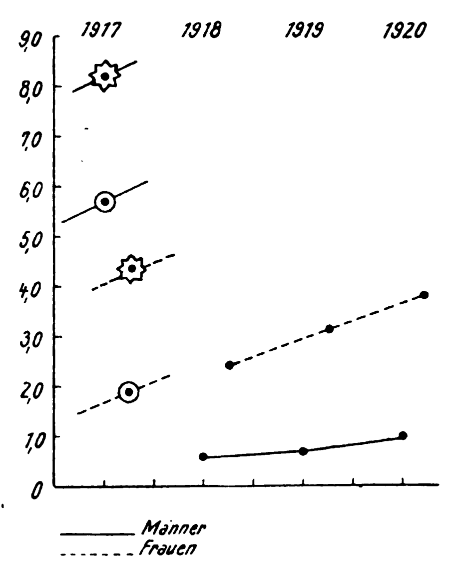


Fig. 1. % Anteil der Versicherten (Erwerbsunfähige) im Jahre 1918—1920 bei der A. O.-K. Berlin und das Verhalten meiner Zählung 1917 einmal mit Scheindiagnose, einmal ohne diese.

Im Jahre 1917 und 1918 darf man zugunsten der Frauen annehmen, daß die Versichertenzahl in den einzelnen Versicherungen und Kassen im Verhältnis zu den Männern etwa doppelt so groß ist; dadurch würde das tatsächliche Anteilsverhältnis der Frauen an den Geschlechtskrankheiten um die Hälfte reduziert werden.

Aber im Jahre 1919 und 1920 ist derartiges nicht der Fall; die Männer sind aus dem Heeresbestand entlassen, sie sind in ihre alten oder in neue Arbeitsstellen zurückgeflutet, sie haben in jedem Fall die Frauen, die ihre Stellen während des Krieges inne hatten, ersetzt und den Ausgleich herbeigeführt. Die Zahl der in den Kassen versicherten Männer ist wieder zum Friedensverhältnis gelangt; die jetzt sich zeigenden Zahlen bedürfen keiner Reduktion mehr; aber — dadurch hat sich wiederum die ökonomische und soziale Lage der Frauen verschlechtert; viele, ja eine große Zahl derer, die während der Kriegsjahre ihre Geschlechtskrankheiten ambulant behandeln ließen, ohne sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen, weil ihr Verdienst höher war als das von der Kasse gezahlte Geld, nehmen nun, event. auch bei Kündigung oder Entlassung, schnell noch die Krankenhausbehandlung oder die Zahlung

der Kassenunterstützungsbeträge in Anspruch, d. h. sie lassen sich arbeitsunfähig vom Kassenarzt schreiben. Dadurch werden in diesen Nachkriegsjahren der Kasse die Frauen mehr als vorher als geschlechtskrank bekannt und dadurch wird das Bild bei der bisher von der Kasse angewandten Zählmethode zuungunsten der Frauen verschoben.

Die wirklichen Anteilszahlen, die tatsächlichen Verhältnisse, Gewißheit darüber, wieviel Männer und Frauen in diesen Nachkriegsjahren geschlechtskrank waren, kann erst eine Zählung ergeben, die etwa so verfährt, wie ich es in dieser Arbeit für das Jahr 1917 getan habe, indem außer den erwerbsunfähig geschriebenen Kranken auch diejenigen Kranken gezählt werden, die zwar den Krankenschein in Anspruch nehmen, sich aber ambulanter Behandlung unterziehen.

Trotz aller dieser Relationen aber läßt es sich nicht verleugnen, daß die Frauen einen erhöhten Anteil an den Geschlechtskrankheiten gegen die Vorkriegszeit aufweisen, und daß sich das Anteilsverhältnis bei Gonorrhöe und Lues zuungunsten der Frau verschoben hat.

Das hat eine große rassenhygienische Bedeutung: Die Gonorrhöe der Frau begünstigt stark die Einkinderehe oder die kinderlose Ehe.

Die Lues der Frau ist von nicht weniger großem Einfluß auf die Nachkommenschaft. Niemals wird man einer luetisch erkrankten Frau als gewissenhafter Arzt versichern können, daß ihre Nachkommenschaft — selbst wenn sie jahrelang symptomlos ist — frei von Lues sein wird; im Gegensatz zum Mann, der, wenn er ausgeheilt ist, oft noch Gefahr läuft, seine Tabes oder seine Paralyse zu bekommen.

Kleeberg hat einen Fall beschrieben, in welchem eine Frau, die jahrzehntelang symptomlos war und blieb, jedes Jahr ein Kind gebar; und neben vielen Aborten und Totgeburten zeigten alle lebenden Kinder — bis auf eins — syphilitische Stigmata oder wiesen einen positiven Wassermann auf. Nachprüfungen des Krankenmaterials in ähnlicher Richtung würden mit aller Wahrscheinlichkeit die Gefährlichkeit der weiblichen Lues auf die Nachkommenschaft erschreckend erweisen und zur Forderung, zum gesetzlichen Zwang führen, daß jede Frau, die einmal Lues gehabt hat, im Falle einer Gravidität antiluetisch zu behandeln ist, ohne Rücksicht darauf, wie lange sie symptomlos geblieben ist.

Löser gibt in einer Arbeit, die 1920 in der B. Kl. W. erschienen ist, die Verhältniszahlen an, die er für 1913 und 1917 zusammengestellt hat, aus einem Frauenkrankenmaterial, das in diesen Jahren in den verschiedenen dermatologischen Kliniken Deutschlands wegen Lues I und II behandelt worden ist; diese Zahlen habe ich in folgender Tabelle eingezeichnet (siehe Fig. 2).

Man sieht bildlich, daß in den meisten Städten die Zahl der wegen Lues behandelten Frauen um Beträchtliches gestiegen ist und kann daraus ohne weiteres folgern, daß das eugenetische rassenhygienische Prinzip des Volksaufstiegs durch die Vermehrung der Lues unter den Frauen stark gefährdet ist.

Ähnlich wie Löser es zeigt, sollen auch sonst die Verhältnisse im Reich liegen; es ist tatsächlich der Anteil der Frauen an Lueserkrankung gestiegen, wenn auch das Jahr 1917 für die Frau außerordentlich ungünstig liegt und keineswegs als Durchschnittsnorm angesehen werden darf.

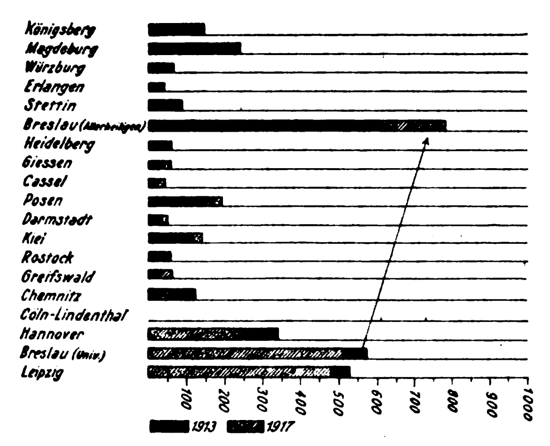


Fig. 2. Verhältniszahlen der 1913 u. 1917 in dermatologischen Kliniken wegen Lues I und II behandelten Frauen (nach Löserschen Zahlen gezeichnete Tabelle. B. Kl. W. 18./10. 1920.)

An dieser Stelle mag es von Interesse sein, einen Überblick über den Anteil von polizeilich wegen Unzucht inhaftierten Frauen an Geschlechtskrankheiten zu gewinnen. Hammer gibt auf S. 84, Bd. 19, der Mitteil. d. D. G. B. G. folgende Übersicht für Stuttgart:

Jahr	Untersuchung	Davon erkrankt Proz.	Gonorrhoe Proz.	Lues Proz.
1913	2643	428 = 16,2	359 = 13,6	70 = 3
1914	2097	404 = 19,3	353 = 16,8	31 = 2,4
1915	1836	431 = 23,5	390 = 21,2	59 = 3,1
1916	1484	333 = 22,4	293 = 19,9	49 = 3,3
1917	1182	320 = 27,0	285 = 24,0	62 = 5,2
1918	1373	393 = 28,5	358 = 26,0	72 = 5,2
1919	1785	536 = 30,0	438 = 24,5	142 = 7,9
1920	1897	390 = 20,6	320 = 16,9	114 = 6,0

Oder kurvenmäßig dargestellt (siehe Fig. 3).

Das Besondere an dieser Kurve ist, daß während des Krieges — bedingt durch allgemeine, ökonomische, für die Frauenarbeit günstige Lebens- und Arbeitsverhältnisse, die Zahl der polizeilich wegen Unzuchtgewerbes Untersuchten abnimmt, während die prozentuale Erkrankungsziffer steigt; gegen Ende des Krieges verschlechterten sich die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt; die Zahl der wegen Unzucht Inhaftierten und Untersuchten steigt, aber auch die Erkrankungsziffern steigen weiter;

Weiter steigt bis zum Ende des Krieges und während der ersten Nachkriegsjahre die Lues unter den Unzucht treibenden Frauen; im Jahre 1920 fallen die Zahlen für Gonorrhoe und Lues absolut.

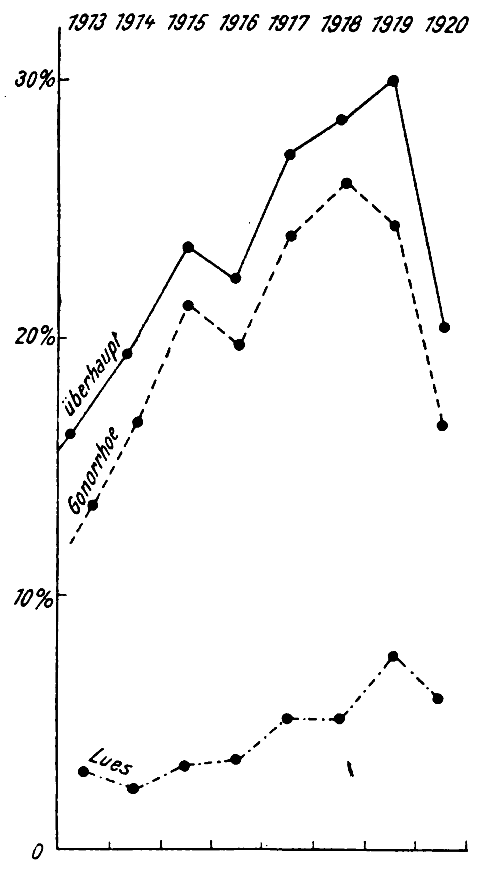


Fig. 3. Geschlechtskranke von polizeilich Inhaftierten in Stuttgart (1913—1920).

Die folgenden Angaben zeigen die absoluten Zahlen an der Berliner Prostituiertenkrankenstation, die natürlich die von der S.-P. Untersuchten nicht in den Kreis der Darstellung bringen kann, da sie lediglich die bei der Untersuchung als krank befundenen, wegen einer Geschlechtskrankheit eingelieferten und behandelten Frauen nachzuweisen vermag (siehe Tabelle S. 173 oben).

Bei diesen Zahlen ist zu bemerken, daß unter Gonorrhöe z. B. auch diejenigen Kranken gezählt sind, die außer Gonorrhöe noch eine Lues oder ein Ulcus molle gehabt haben, um festzustellen, wie viele dieser Frauen überhaupt prozentual an Gonorrhoe erkranken.

Zahlen der Krankenstation am städt. Obdach (dirigierender Arzt Prof. Dr. F. Pinkus) 1914—1921.

Jahr	Es wurden z. Behandlung eingeliefert	Es wurden behandelt wegen		
		Lues	Gonorrhoe überh.	Ulcus molle
1914	3963	903 = 22,7 Proz.	3358 = 84,6 Proz.	263 = 6,5 Proz.
1915	4555	1016 = 22,3 "	4172 = 91,5 "	216 = 4,7 "
1916	4576	968 = 21,1 "	4081 = 89,1 "	220 = 4,8 "
1917	3936	900 = 22,8 "	3480 = 88,4 "	157 = 3,9 "
1918	4118	847 = 20,5 "	3598 = 87,3 "	178 = 4,3 "
1919	3741	1085 = 29 "	2776 = 74,2 "	447 = 11,9 "
1920	4532	1726 = 38,1 "	2953 = 65,1 "	497 = 10,9 "
1921	5111	1662 = 32,5 "	3780 = 73,9 "	347 = 6,5 "

Während Ulcus molle und Gonorrhoe im Jahre 1921 entweder die Zahlen des Jahres 1914 erreichen oder darunter stehen bei steigender absoluter Krankenzahl, hat bei der Lues eine unverkennbare Aufwärtsbewegung der Zahl und dem prozentualen Anteil nach stattgefunden; etwa $^1/_3$ der Puellen ist an Lues erkrankt, fast $^9/_{10}$ leiden an Gonorrhoe. Beim Ulcus molle ist 1914—1920 ein hoher Anstieg auch prozentual zu bemerken, der mit der allgemeinen Volksverschmutzung durch Mangel an Seife und Bäder in den vorangehenden Kriegsmonaten erklärbar ist; 1921 ist dieser Mangel behoben, das Ulcus molle nimmt wieder ab.

Das ungefähre Verhältnis der drei Krankheiten ist:

1914	Lues : Gonorrhoe : Ulcus molle	= 4,5 : 16 : 1
1915	" : " : "	= 5 : 20 : 1
1916	" : " : "	= 5 : 20 : 1
1917	" : " : "	= 4,5 : 18 : 0,8
1918	" : " : "	= 4,5 : 18 : 1
1919	" : " : "	= 2,5 : 6,5 : 1
1920	" : " : "	= 3,5 : 6 : 1
1921	" : " : "	= 5 : 10 : 1

(siehe Fig. 4.)

Von den in der Krankenstation am städt. Obdach in Berlin zwangsbehandelten geschlechtskranken Frauen stand der größte Teil unter Kontrolle; es ist von einigem Interesse, zu sehen, in welchen Anteilen kontrollierte (PP.) und heimliche, also nicht unter sittenpolizeilicher Kontrolle (nicht PP.) stehende Frauen zur Lues stehen. In den Jahren 1914 bis 1921 waren

Jahr	Kranke		Lues			
	PP.	nicht PP.	PP.	Proz. der PP.	Nicht PP.	Proz. der nicht PP.
1914	2858	1105	559	= 19,5	344	= 31,1
1915	3600	955	783	= 21,7	233	= 24,4
1916	3525	1051	687	= 26,9	281	= 26,7
1917	3212	724	722	= 22,5	178	= 24,4
1918	3549	569	691	= 19,4	156	– 27,4
1919	3152	589	871	= 27,5	214	= 36,3
1920	3693	839	1313	= 35,5	413	= 49,2
1921	4287	824	1274	= 29,7	388	= 47,0

Diese Zusammenstellung zeigt für Berlin, daß von den kontrollierten Puellen etwa $^1/_3$ wegen Lues jährlich zwangsweis behandelt werden müssen, während bei den „heimlichen", nicht „inskribierten" Frauen die Erkrankungsziffer für Lues 1920 und 1921 fast 50 $^0/_0$, also die Hälfte

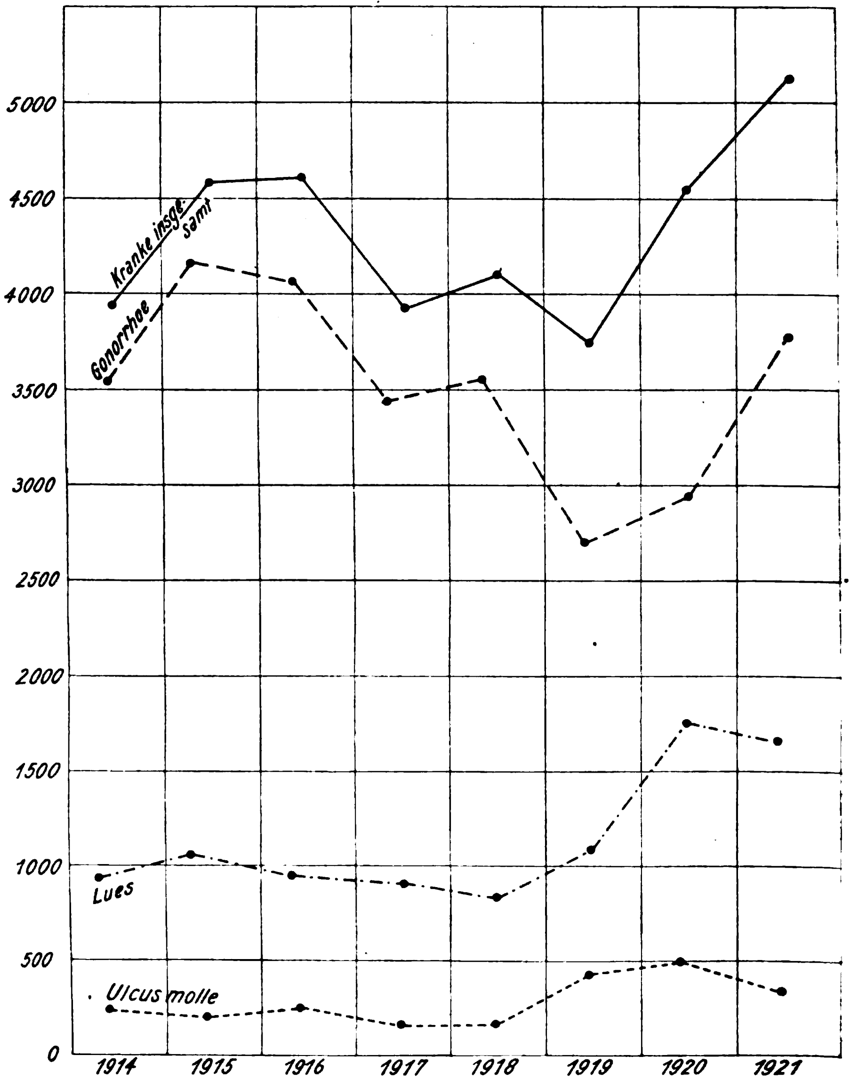


Fig. 4. **Behandelte Geschlechtskranke in der Berliner Prostituiertenkrankenstation (1914—1921).**

der Eingelieferten umfaßt. Diese Zahlen sollen zeigen — da sich die überwachten Puellen aus den „heimlichen" zum großen Teil rekrutieren — daß der größte Teil der sittenpolizeilichen Kontrolle unterstehenden

Frauen bereits mit Lues in die Kontrolle eintritt und ferner zeigen, daß die Kontrolle so wenig auszurichten vermag, daß durchschnittlich noch 33 % der PP. mit florider Lues abgefaßt wird.

Der Vergleich mit Stuttgart ergibt, daß ein Jahr wegen der Schwankungen in den einzelnen Jahren keine Zählnorm abgibt, daß ferner auf Gunst oder Ungunst der Zahlen Verwaltungsmaßnahmen oder zu-

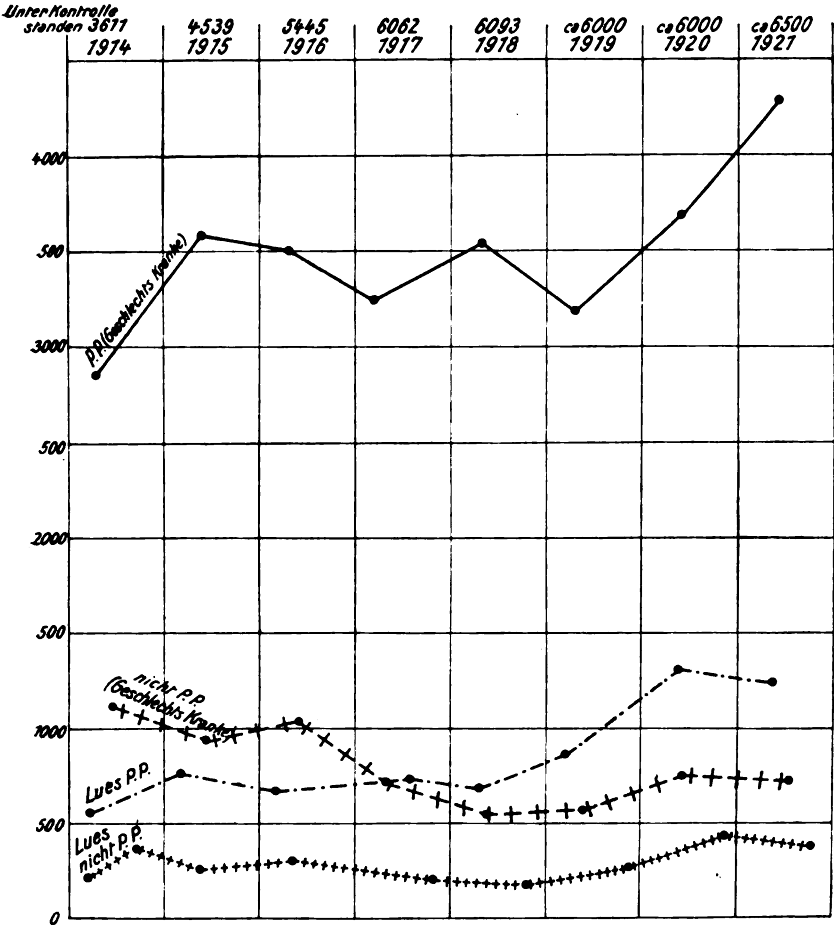


Fig. 5. Behandelte geschlechtskranke Frauen in der Berliner Zwangsstation (1914—1921).

fällige Gepflogenheiten des untersuchenden Polizeiarztes Einfluß ausüben; wie Berlin und Stuttgart zeigen, kann der letzte Schnitt der Zählung zufällig — wie bei Stuttgart — in einer für die Statistik ungünstigen Zeit erfolgen. Deshalb muß, ehe man von endgültigem Abfall spricht, ein Zeitraum von mehreren Jahren abgewartet werden (Fig. 5).

Es war aus technischen Gründen unmöglich, für das Jahr 1917 Genaues über die Anteilsverhältnisse der Lebensjahre an den Geschlechts-

krankheiten für Männer und Frauen festzustellen; dagegen war es möglich, für die Jahre 1918—1920 die prozentuale Verteilung der erwerbsunfähigen Fälle von Geschlechtskrankheiten auf die Lebensalter bei den Geschlechtern unter Zugrundelegung der von der A. O.-K. Berlin gegebenen Prozentzahlen zusammenzustellen, wie die folgende Kurve zeigt (Fig. 6).

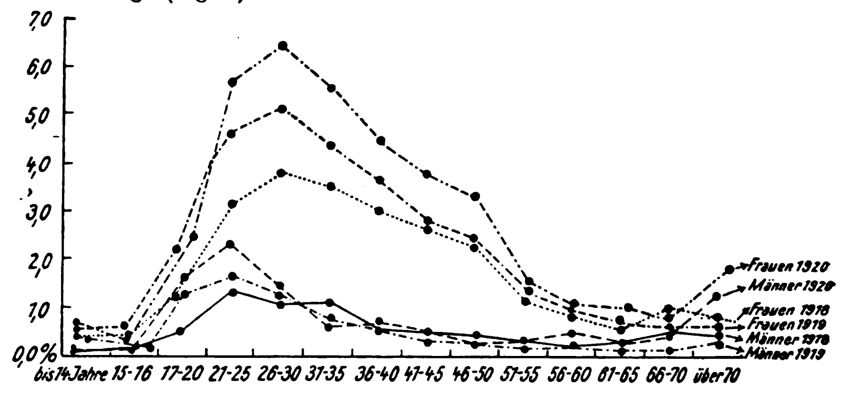


Fig. 6. Die prozentuale Verteilung der (erwerbsunfähigen) älteren Geschlechtskrankheiten auf die Lebensalter bei den Geschlechtern (1918—1921. A. O.-K. Berlin) ohne Berücksichtigung der Fehlerquellen oder der Scheindiagnose.

Es geht daraus hervor, daß eine Verschiebung vom Ende des zweiten Jahrzehnts in das dritte Jahrzehnt bei beiden Geschlechtern erfolgt ist, und daß diese Verschiebung für alle drei Jahre eine gleiche konstante ist.

Auch aus der Reichsstatistik für das Jahr 1919 ergeben sich ähnliche Verhältnisse, die ich nach Angaben des Reichsgesundheitsamts in der Ausschußsitzung der D. G. B. G. im Oktober 1921 hier anführe.

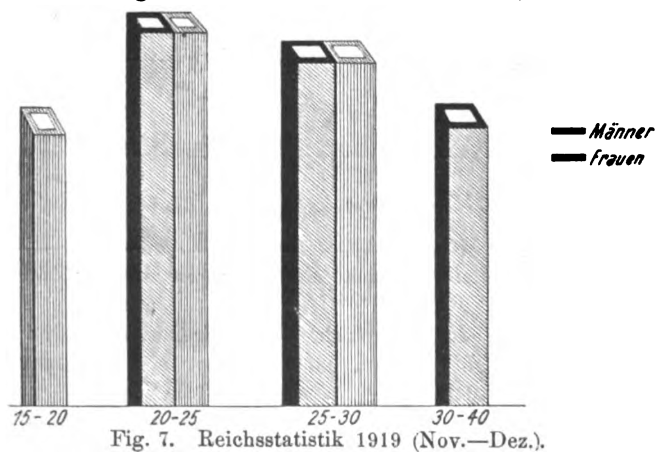


Fig. 7. Reichsstatistik 1919 (Nov.—Dez.).

Die Geschlechtskrankheiten waren bei dieser Zählung am stärksten bei Männern und Frauen vertreten im Alter von 20—25 Jahren, was

auch mit meinen Resultaten übereinstimmt; dann folgt die Altersgruppe von 25—30 Jahren bei beiden Geschlechtern, dann bei den Männern die Altersgruppe von 30—40 Jahren, bei den Frauen, die von 15—20 Jahren. Dem Familienstand nach sind bei den Männern die Ledigen am stärksten beteiligt, dann folgen die Geschiedenen. Bei den Frauen stehen die Geschiedenen an erster Stelle, dann folgen die Ledigen, dann die Verheirateten und schließlich die Witwen (siehe Fig. 7).

Ähnlich liegen die Verhältnisse auch sonst im Reich. Exempli causa habe ich in folgender Tafel nach Lebensaltern und Geschlechtern, die wegen Geschlechtskrankheit die Beratungsstelle Hannover Aufsuchenden für das Jahr 1920 zusammengestellt (Fig. 8).

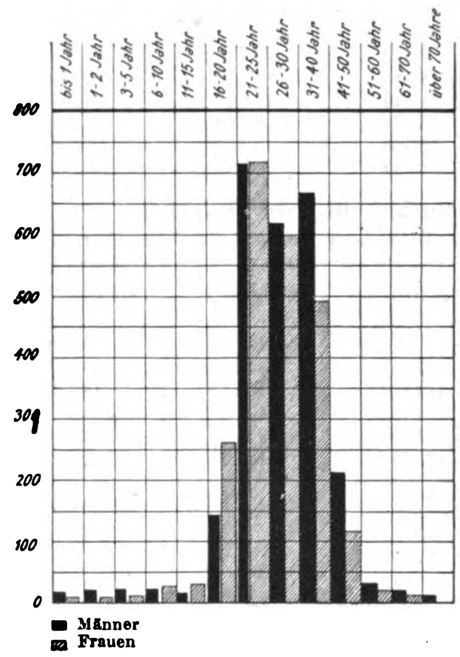


Fig. 8. Besucherzahl nach Lebensaltern im Jahre 1920 der Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten der L. V. A. in Hannover.

Dennoch kommt weder in den vorangegangenen noch in den noch folgenden Kurven und Zahlenreihen der Krankenkassen verschiedener deutscher Städte die ganze Wahrheit der Anteilszahlen der Geschlechter ans Licht; es sind nur Wahrscheinlichkeitszahlen, die aber doch immerhin einen gewissen Überblick zu geben imstande sind.

Eine Nachfrage ergab, daß es sich beim Kindesalter um frische Fälle handeln soll, während die Zahlen, die das Greisenalter aufweist, zum größten Teil Fälle von tertiärer Lues betreffen sollen.

Eine gewisse Übersicht erlaubt die Betrachtung der Fälle, die von den Berliner Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten — soweit sie dem Verein Berliner Kassenärzte angehörten — in den Jahren 1914

bis 1919 behandelt sind; ähnlich mag auch sonst in den Großstädten des Reiches die Kurve verlaufen; Absinken der Gesamtziffer im dritten Vierteljahr des ersten Kriegsjahres 1914, langsam absinkender Verlauf bis Mitte 1917, dann allmählicher Anstieg bis zur Revolution, und mit Einsetzen der überschnellen Demobilmachung plötzlicher Anstieg, der die Zahlenhöhe von Anfang 1914 überschreitet.

Die Zahlen sind folgende:

Zusammenstellung der von den Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten (im Verein Berliner Kassenärzte) behandelten Fälle in den Jahren 1914—1919.

Jahr	Quartal I	Quartal II	Quartal III	Quartal IV
1914	19673	20784	16962	13194
1915	14485	14356	13932	13226
1916	13924	13926	13947	13090
1917	13089	12789	12154	12588
1918	13500	13439	12455	13310
1919	18187	20980	21271	20754

Zahl der durchschnittlichen Mitglieder der beim V. B. K. angeschlossenen Krankenkassen in den gleichen Jahren:

Jahr	Quartal I	Quartal II	Quartal III	Quartal IV
1914	506730	533312	437071	394010
1915	441218	464402	446475	444907
1916	444677	446763	443940	441834
1917	438970	440921	435979	446435
1918	443954	431540	416994	418168
1919	484810	546820	527932	529486

Die behandelten Fälle, pro Mille berechnet, ergeben folgende Kurve (Fig. 9).

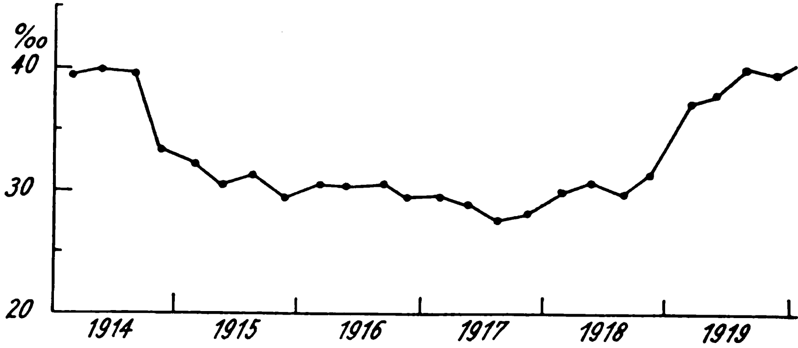


Fig. 9. Zusammenstellung der von den Berliner Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten in den Jahren 1914—1919 behandelten Fälle pro Mille der Versicherten.

Diese Kurve läßt einen relativen Schluß zu auf das Verhalten des Vorkommens der Geschlechtskranken in Berlin während der Jahre 1914

bis 1919; diese Kurve mahnt zur Vorsicht vor Übertreibungen; wenn auch eine Zunahme der Geschlechtskranken zu erkennen ist, so überschreitet der Kulminationspunkt von 1919 nicht um Beträchtliches den von 1914.

Ein nicht wesentlich anderes Bild zeigen die Zahlen der Dresdener Beratungsstelle für die Jahre 1916—1920.

Bei Männern wie Frauen nimmt die Anzahl der nachgesuchten Beratungen im selben Maße steigend und absolut zu, als sich die Beratungsstelle eines steigenden Ansehens unter der Bevölkerung erfreute.

Das prozentuale Verhalten zeigt folgendes Bild. Bei Männern: Sinken der Kurve bis zum Jahre 1918, dann schroffer Anstieg 1919, leichtes Absinken 1920 (Fig. 10).

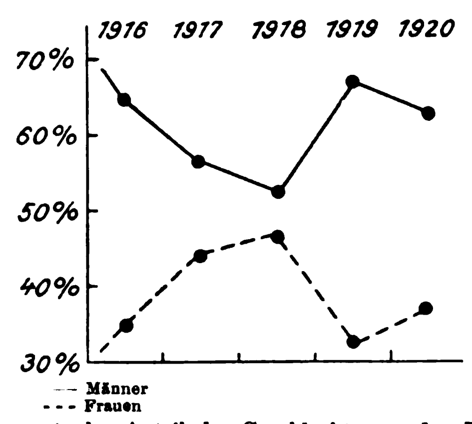


Fig. 10. Prozentualer Anteil der Geschlechter an den Beratungen der Ber.-St. Dresden 1916—1920.

Bei Frauen: Ansteigen bis 1918, schroffes Absinken 1919, Anstieg 1920.

Die Zahlen sind folgende:

Jahr	Zahl der Beratung.	Davon waren		Davon	
		Männer	Frauen	weibliche Jugendliche v. 15—18 J.	männliche Jugendliche v. 15—18 J.
1916	20	13 = 65 Proz.	7 = 35 Proz.	—	—
1917	394	220 = 56 „	177 = 44 „	10	6
1918	1087	578 = 53 „	409 = 47 „	30	23
1919	3200	2150 = 67 „	1050 = 33 „	56	45
1920	5492	3435 = 63 „	2057 = 87 „	121	110

A. O.-K. Magdeburg.

Aufzählung derjenigen Fälle von Geschlechtskrankheiten, die durch Arbeitsunfähigkeit zur Kenntnis der Kasse kamen, für die Jahre 1916 bis 1920.

Es erkrankten insgesamt:

Jahr	männlich	weiblich
1916	221	913
1917	253	1227
1918	303	1348
1919	423	1214
1920	364	1161

(siehe Fig. 11).

Die hohen Erkrankungsziffern der Frauen sind einmal zu erklären aus der geringen Versichertenanzahl der Männer, zum anderen aus den zahlreichen, auf Geschlechtskrankheiten zurückzuführenden Krankheiten der Geschlechtsorgane der Frauen.

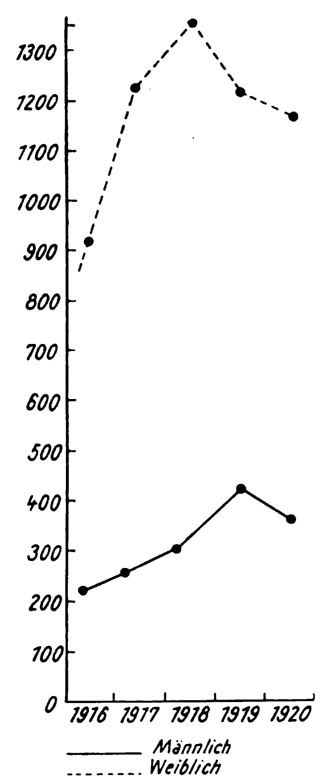


Fig. 11. Gesamtanteil von Männer und Frauen an Geschlechtskrankheiten in den Jahren 1916—1920 bei der A. O.-K. Magdeburg.

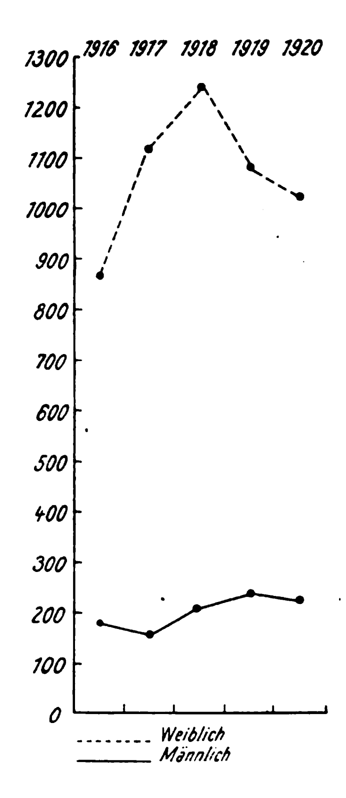


Fig. 12. Auf Geschlechtskrankheiten zurückgeführte Leiden der Geschlechtsorgane der A. O.-K. Magdeburg 1916—1920.

Es erkrankten an Leiden der Geschlechtsorgane, zurückzuführen auf Geschlechtskrankheiten:

Jahr	männliche Mitgl.	weibliche Mitgl.
1916	183	875
1917	157	1116
1918	208	1248
1919	240	1078
1920	229	1020

oder graphisch dargestellt (siehe Fig. 12).

Ferner sind bei den Gesamtzahlen die auf Lues zurückzuführenden Erkrankungen des Nervensystems — also Tabes und Paralyse — zu berücksichtigen.

Es erkrankten 1916—1920 an:

Jahr	Rückenmarkserkrank. und Tabes		Lues cerebri-Paralyse		Zusammen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1916	1	5	19	13	20	18
1917	4	11	38	35	42	46
1918	5	7	32	25	37	32
1919	1	9	27	28	28	37
1920	1	2	21	37	22	39

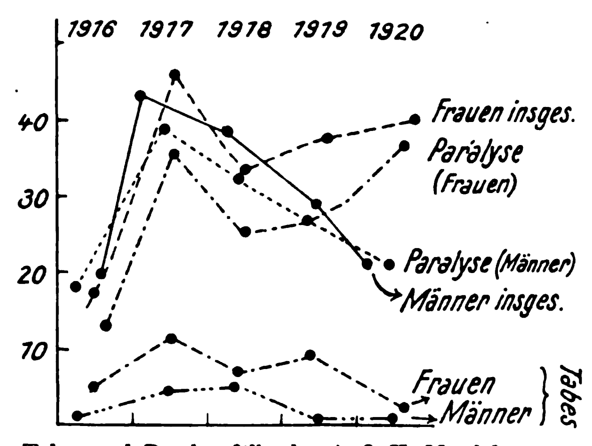


Fig. 13. Tabes und Paralysefälle der A. O.-K. Magdeburg 1916—1920.

Es bleiben an frischen Fällen von Geschlechtskrankheiten übrig:

Jahr	1. Tripper		2. Schanker		3. Syphilis		4. Zusammen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1916	6	4	5	—	9	14	20	18
1917	27	20	7	4	16	45	50	69
1918	40	28	9	2	14	35	63	65
1919	75	46	24	5	47	57	146	108
1920	47	39	13	6	36	74	96	119

oder graphisch dargestellt (Fig. 14):

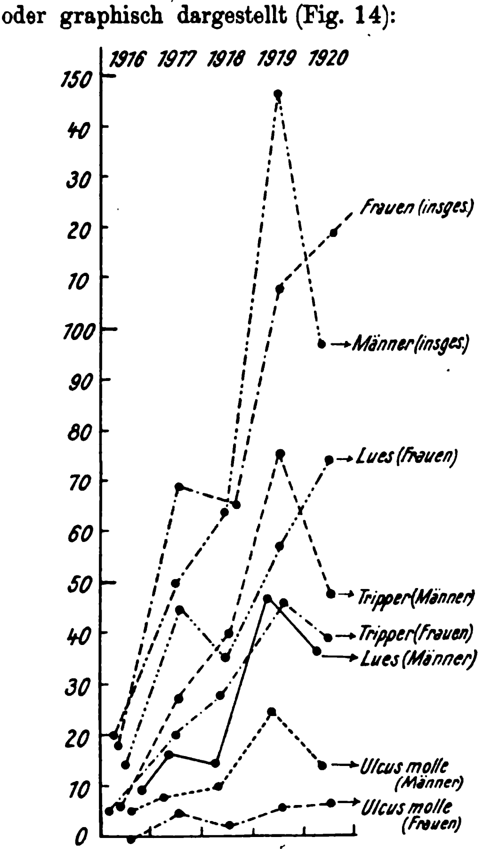


Fig. 14. Frische Fälle von Geschlechtskrankheiten der A. O.-K. Magdeburg i. Jahre 1916—20.

Die frischen, zur Kenntnis der Kasse gekommenen Fälle lassen ebenfalls einen erhöhten Anteil der Frau an Lues erkennen; es muß aber auch hier wiederholt werden, daß diese Zahlen keinen absoluten, sondern nur einen relativen, einen Übersichtswert haben, weil alle ambulanten Fälle, die, wie wir zeigen konnten, überhaupt erst imstande sind, die Zahlen in das richtige Verhältnis zueinander zu bringen, auch bei der A. O.-K. Magdeburg unberücksichtigt geblieben sind.

Deshalb hat es sich erübrigt, bei dieser — relativen — Zählung die Verhältniszahlen der Krankheiten zueinander in den einzelnen Jahren zu errechnen.

Fig. 15. Geschlechtskranke der A. O.-K. Frankfurt a. M. 1917—19.

A. O.-K. Frankfurt a. M.

Hier liegt eine zuverlässige Zusammenstellung vor, die von mir aus den von den Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten behandelten, einwandfreien Fällen von Geschlechtskrankheiten innerhalb der A. O.-K. Frankfurt a. M. in den Jahren 1917—1919 gewonnen werden konnte.

Es wurden behandelt wegen:

Jahr	Tripper		Ulcus molle		Lues		Zusammen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1917	648	140	58	5	362	276	1066	421
1918	943	345	127	22	406	453	1473	820
1919	2357	597	330	29	1235	789	3923	1417

Graphisch dargestellt (siehe Fig. 15).

Es verhalten sich

a) allgemein:

1917	Tripper : Ulcus molle : Lues	= 13 : 1 : 10
1918	„ : „ : „	= 8 : 1 : 6
1919	„ : „ : „	= 8 : 1 : 5

b) beim Manne:

1917	Tripper : Ulcus molle : Lues	= 13 : 1 : 7
1918	„ : „ : „	= 8 : 1 : 3
1919	„ : „ : „	= 8 : 1 : 4

c) bei der Frau:

1917	Tripper : Ulcus molle : Lues	= 3 : 0,1 : 5
1918	„ : „ : „	= 17 : 1,0 : 22
1919	„ : „ : „	= 19 : 1 : 26

Verhältnis der Krankheiten innerhalb der Geschlechter:

I. Tripper

1917	Männer : Frauen	= 4 : 1
1918	„ : „	= 3 : 1
1919	„ : „	= 4 : 1

II. Ulcus molle

1917	Männer : Frauen	= 11 : 1
1918	„ : „	= 6 : 1
1919	„ : „	= 11 : 1

III. Lues

1917	Männer : Frauen	= 7 : 5
1918	„ : „	= 8 : 9
1919	„ : „	= 3 : 2

Dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin 1920 sind die folgenden Zahlen entnommen, die kaum neue Verhältniszahlen gegen die vorangehenden aufweisen, die aber als Beitrag von Wert für diese Arbeit sind:

In den Berliner Anstalten (außer Privatanstalten) wurden behandelt wegen

Jahr	Gonorrhoe	Ulcus molle	Lues	Tabes	Aneurysma
1915	4750	487	3755	281	65
1916	4925	585	3654	280	52
1917	3950	261	3315	359	86

Nach Zählung des preußischen Landesamtes wurden behandelt:

a) wegen Tripper

Jahr	männl.	weibl.
1915	829	4099
1916	805	4217
1917	837	3681

b) wegen Lues

Jahr	männl.	weibl.
1915	1572	2900
1916	1212	2837
1917	1174	2594

In der Beratungsstelle für Geschlechtskranke der Landesversicherungsanstalt Berlin wurden 10321 Personen im Jahre 1920 beraten; nicht krank waren 1649 Personen, so daß sicher als geschlechtskrank 8672 Personen ermittelt wurden.

Diese verteilen sich nach Geschlechtern und Krankheiten, wie folgt:

1920	Männer	Frauen
Anzahl der geschlechtskranken Personen	7014	1629
Syphilis	2674	790
Tripper	3758	772
Syphilis und Tripper	55	42
Andere Geschlechtskrankheiten	527	25

Es waren demnach ca. 4 × soviel Männer als Frauen auf der Beratungsstelle, die Zahlen müssen dementsprechend betrachtet werden.

Es verhalten sich

	Männer	Frauen
Lues : Tripper =	2 : 3 (ca.)	1 : 1 (ca.)

Das bedeutet bei beiden Geschlechtern eine Zunahme der Lues, die sogar bei der Frau eine sehr bedeutende ist.

Lues: Männer : Frauen = 3,5 : 1 (ca.).

Da aber 4 × soviel Männer als Frauen zur Beratung kamen, wäre, wenn gleichviel Männer als Frauen gekommen wären, das Verhältnis 1 : 1, was natürlich zu hoch ist, aber zeigt, was herauskommt, wenn man großzügige Schlüsse macht.

Immerhin aber wird bei solchen Berücksichtigungen das wirkliche Verhältnis kleiner als 3,5 : 1 zuungunsten der Frau als richtig angenommen werden müssen.

Tripper: Männer : Frauen = 5 : 1 (ca.);

auch hier muß die vorangehende Erwägung in Betracht gezogen werden.

Kinder unter 14 Jahren waren geschlechtskrank 29 = 3,3 ‰,
davon erkrankt an Syphilis 18 = 5 ‰ der Luesfälle,
an Tripper 10 = 2,4 ‰ d. Tripperfälle.

Dem Familienstand nach	Männer		Frauen	
waren verheiratet:	2219	1 : 2	568	1 : 2
unverheiratet:	4795		1066	

Alle diese Zahlen bekräftigen, daß nach Ausbruch des Krieges bis zum Jahre 1917 ein langsames Absinken der Erkrankungsziffer zu vermerken war; diese Zahlen aber werden so lange wertlos bleiben, als von der Sanitätsinspektion des Kriegsministeriums über die wirklichen Zahlen beim Landheer nichts gesagt wird[1]); das erhebliche Plus bei den Frauen muß als nicht ganz zu Recht bestehend reduziert werden; als Ergänzung fehlen alle diejenigen Männer, die die Lazarette in Heimat und Etappe als geschlechtskranke Heeresangehörige füllten. Die Zunahme des Ulcus molle ist als Ausdruck des Fehlens von Seife und Warmwasser, als ein durch Kriegsmaßnahmen bedingtes Fehlen körperlicher Hygiene und damit als Zeichen allgemeiner Verschmutzung aufzufassen. Alle Zahlen mahnen diejenigen zur Vorsicht, die gewohnt sind, zu verallgemeinern; gleichzeitig zeigen sie, daß bei kritischer Beleuchtung ihr absolutes Bild ein wesentlich anderes ist, und sie beweisen, daß sie wohl wertvolle Fingerzeige, aber noch lange kein Beweis über die tatsächlichen statistischen Verhältnisse abgeben.

Die bisher gebotenen Zahlen sollen alle diejenigen Kreise vor kühnen Schlüssen abhalten, die von einer gewissen, doch immer nur lokal zutreffenden Zahl, auf das ganze Reich zu schließen gewohnt sind; einer Zahl, die bei kritischer Betrachtung noch nicht einmal lokal das hält, was sie bei oberflächlicher Hinnahme zu geben scheint. Diese Warnung ist eine eindringliche: in unüberlegter Weise wird kritiklos tagtäglich das Volk durch Riesenzahlen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beunruhigt. Es ist nicht weniger kritiklos, von einer Anzahl von 6000000 Geschlechtskranken in Deutschland zu sprechen als zu behaupten, in Deutschland sei jedes 4. oder jedes 25. Kind

[1]) Im nächsten Heft dieser Zeitschrift erscheint diese hier geforderte Statistik der Sanitätsinspektion des Kriegsministeriums (1914—1918).

luetisch; man darf ebensowenig von einer Stadt, wie von den Verhältnissen in einigen Kliniken auf das ganze Volk schließen; noch bedenklicher ist es, wenn solche völlig in der Luft schwebenden Zahlen zu bestimmten agitatorischen Selbstzwecken ausgenutzt werden; würde doch schon allein die Heranziehung des von mir gefundenen Faktors von 17,9 % Doppelzählungen aus den 6 Millionen 5 Millionen machen. Deshalb sollte es verboten sein, an die Öffentlichkeit mit Zahlen zu treten, die nicht erwiesen sind. Beiträge über die Verhältnisse in einzelnen Städten und Gegenden werden klärend wirken, aber Gewißheit über die wirklichen Verhältnisse kann nur eine Jahreszählung bringen, die den Reichskassenbon zugrunde legt.

Daß jeder andere Weg ungangbar ist, zeigt die Reichsstatistik des Jahres 1919.

Vergleicht man die Zahlen aus Frankfurt und Magdeburg, so fällt ohne weiteres auf, daß der Anteil der Frauen an Geschlechtskrankheiten wenn auch zu deren Ungunsten verschoben, bei weitem nicht so hoch als in Berlin ist. Es ist nicht ohne weiteres möglich, auf die Ursachen zu schließen: auch in Magdeburg und in Frankfurt waren Frauen an Stelle der Männer in die Fabriken getreten, die Industrialisierung der Frau war in beiden Städten eine große während der Kriegsjahre; die Art des sich Auslebens zu beschuldigen, Berlin als Zentralpunkt gelockerter Geschlechtsmoral aufzufassen, ist nicht ohne weiteres möglich. Es muß davor gewarnt werden, von einigen wenigen Städten einen Rückschluß auf die diesbezüglichen sanitären Verhältnisse im ganzen Reich zu machen. Man kann nur sagen, in Berlin ist es so, in F . . . oder in K . . . ist es anders. Auf diese Weise würde man den Ausgleich finden zu der verschiedenen Anteilnahme der Geschlechter an den Erkrankungen überhaupt und zu der Gesamterkrankungsziffer im besonderen. Will man wirklich einwandfreie Zahlen in Zukunft gewinnen, so muß — wie schon gesagt — unter Berücksichtigung der Tatsache, daß $^3/_4$ der Bevölkerung der Versicherungspflicht, mindest der Kassenbehandlung untersteht, der Kassenbon als statistisch zuverlässigstes Zählmaterial so vereinheitlicht werden, daß er im wesentlichen — bei Zulassung aller sonstigen Variationen — für das ganze Reich einen Einheitsbon für alle Kassen darstellt und alle Kranken-Arbeitsfähige wie -Arbeitsunfähige unter Berücksichtigung der aus dieser Arbeit sich ergebenden Kautelen erfaßt.

Dieser Reichseinheitskassenbon hat nach dem voranstehendem Vorschlag 3 Abschnitte:

Abschnitt 1 enthält den Personalausweis durch den Arbeitgeber und die Anmeldung beim Arzt. Es fehlt hier eine Bezeichnung der Krankheit. Lediglich die Arbeitsfähigkeit oder Unfähigkeit ist bescheinigt.

Abschnitt 2 ist nur für den Fall der Arbeitsunfähigkeit zu verwenden. Er wird der Kasse mit einem Vermerk der Diagnose in Form einer Zahl, übermittelt. Das Zahlensystem kann sich eng an den vom Militär her bekannten Kodex anschließen, also z. B. für Lues 33, Tripper 31, für Ulcus molle 32.

Entwurf eines Reichseinheits-Kassenbons.

Abschnitt 1.

Krankenkasse der Stadtgemeinde ....

Ausweis.
Gültig für 1 Monat, gerechnet vom Tage der Ausstellung an.

Mitglieds-Nr. .... Krankenbuch-Nr. ....
Freiw.-Nr. .... Lohnstufe ....

Das Mitglied ...., wohnhaft .... Str., Nr. ...... Tr., beschäftigt seit .... bei .... als ...., ... Jahre alt ist berechtigt, einen bei der Kasse zugelassenen Arzt in Anspruch zu nehmen.

.................., den .... 19......

....
Unterschrift u. Stempel.

1. Tag der Anmeldung beim Arzt ....
2. Ist die Krankheit die Folge einer früheren nicht gehobenen Krankheit? Ja — Nein.
3. Arbeitsfähig, aber in ambulanter Behandlung seit ....
4. Ist objektiv arbeitsunfähig seit dem .... 19......
5. Liegt Betriebsunfall vor? Ja — Nein.
6. Oder Folge eines früheren Betriebsunfalls? Ja — Nein.
7. Liegt eine Kriegsbeschädigung vor? Ja — Nein.
8. Darf ausgehen: vorm. von ... bis ... Uhr, nachm. von ... bis ... Uhr.

Dr. ....

Wohnung: .... (Stempel)

Missbrauch dieses Scheines wird gerichtlich verfolgt.

Bemerkungen: Leere Gefäße, Flaschen und sonstige ärztlich verordnete Packungen sind bei jeder Konsultation dem behandelnden Arzt vorzuweisen.

Abschnitt 2.
Abschnitt für die Kasse im Falle der Arbeitsunfähigkeit.

Krankenkasse der Stadtgemeinde ....

Mitglieds-Nr. ....
Herr
Frau ....
Frl.
....
.... Str., Nr. ......
.................., den .... 19......
Unterschrift u. Stempel.

Das Mitglied ....
ist seit .... arbeitsunfähig.

Diagnose: Nr. ....

Beginn der Behandlung im laufenden Monat am .... 19......

Dr. ....

Wohnung: ....

(Nummerstempel.)

Abschnitt 3.
Abschnitt für den Arzt.

Krankenkasse der Stadtgemeinde ....

Liquidation
für Behandlung des Mitgliedes:

Name: ....
Mitgl.-Nr. ......, Beruf ....
Alter ...... Jahre
.... Str., Nr. ......

Diagnose: ....

arbeitsfähig
arbeitsunfähig seit ....
bis ....

Beginn der Behandlung im laufenden Monat am .... 19......
Schluß der Behandlung am .... 19......

Dr. ....

Wohnung: ....

(Nummerstempel.)

Abschnitt 3 von mir als Liquidationsbon bezeichnet, ist der vom Arzt zum Zwecke der Honorarausschüttung eingereichte Bon. Er soll möglichst gut ausgebaut sein, da er der statistisch zu verwertende Teil des Kassenscheines ist. Er enthält Namen, Vornamen, Geburtstag und Wohnort des Patienten, die Krankheitsbezeichnung in präziser unverschleierter Benennung, den Anfang und das Ende der Behandlung und den Vermerk über die Arbeitsfähigkeit.

Ich bin mir bewußt, daß dieser Vorschlag noch lange kein Ideal eines Einheitsbons darstellt, aber er soll auch nur eine Anregung sein, die noch in vieler Beziehung zu verbessern ist. Hat einmal der Gedanke von der Notwendigkeit zuverlässiger und einwandfreier Zählungen durch das gegebene Material des Kassenbons sich Bahn gebrochen, dann wird auch der Weg zum Einheitskassenbon in der vorgeschlagenen Form nicht mehr weit sein.

Die folgenden Zusammenstellungen verdanke ich dem Entgegenkommen des Reichsmarineamtes, das mir auch die Veröffentlichung dieser Zahlen erlaubte.

Über die englische Marine liegen seit 1913 keine Angaben mehr vor;
die holländische beginnt erst 1917, Unterlagen zu geben;
die österreichische hört 1914 auf, Material aufzustellen.

Das Absinken der amerikanischen Erkrankungsziffern hat einen Zusammenhang mit der Durchführung einer ziemlich rigorosen Prophylaxe, auf die weiter unten eingegangen werden wird.

Die Zahlen sind folgende:

Die Geschlechtskrankheiten in der deutschen Marine im Vergleich zu einigen fremden Marinen in den Jahren 1912 bis 1918.

I. Die Kopfstärke betrug:

im Jahre:	in der deutschen Marine	in der amerikan. Marine	in der englischen Marine	in der holländ. Marine	in der österreich. Marine
1912 bzw. 1911/12	63648	61897	119540	—	19490
1913 „ 1912/13	67916	65926	—	—	24020
1914 „ 1913/14	58355[1]	67141	—	—	—
1915 „ 1914/15	202123[2]	68075	—	—	—
1916 „ 1915/16	235267[2]	69294	—	—	—
1917 „ 1916/17	254347[2]	245580	—	12640	—
1918 „ 1917/18	283071[2]	503792	—	12740	—
1919 „ 1918/19	—	—	—	—	—

Anmerkungen: Amtliches Material lag nicht vor.

[1] Es fehlt die Kopfstärke der verlorenen Auslandschiffe; Angaben über die Krankheitsverhältnisse liegen nicht vor.

[2] Die Zahlen bedürfen noch der Nachprüfungen. Wenn eine Änderung in Betracht kommt, so kann es sich nur um eine ganz geringe Erhöhung handeln.

Vorstehende Anmerkungen gelten auch für die übrigen Tabellen.

II. Der Gesamtkrankenzugang betrug:

im Jahre:		in der deutschen Marine	in der amerikan. Marine	in der englischen Marine	in der holländ. Marine	in der österreich. Marine
1912 bzw. 1911/12	absolut	31198	35967	76815	—	8572
	‰	490,2	581,1	642,6	—	439,8
1913 bzw. 1912/13	absolut	29414	33703	—	—	10612
	‰	483,1	511,2	—	—	441,8
1914 bzw. 1913/14	absolut	26125	40699	—	—	—
	‰	447,7	606,2	—	—	—
1915 bzw. 1914/15	absolut	96894	44743	—	—	—
	‰	472,0	657,3	—	—	—
1916 bzw. 1915/16	absolut	105872	45516	—	—	—
	‰	442,9	656,8	—	—	—
1917 bzw. 1916/17	absolut	112276	131357	—	8597	—
	‰	441,4	534,9	—	680,2	—
1918 bzw. 1917/18	absolut	140866	391078	—	12695	—
	‰	497,6	776,3	—	996,5	—
1919 bzw. 1918/19	absolut	—	—	—	—	—
	‰	—	—	—	—	—

III. An Geschlechtskrankheiten gingen insgesamt zu:

im Jahre:	in der deutschen Marine	in der amerikan. Marine	in der englischen Marine	in der holländ. Marine	in der österreich. Marine
1912 bzw. 1911/12	3680	10495	12667	—	1235
1913 „ 1912/13	3929	9434	—	—	1451
1914 „ 1913/14	3450	10932	—	—	—
1915 „ 1914/15	9680	10318	—	—	—
1916 „ 1915/16	11924	10261	—	—	—
1917 „ 1916/17	11280	21786	—	1180	—
1918 „ 1917/18	13675	35360	—	1338	—
1919 „ 1918/19	—	—	—	—	—

IV. Das sind ‰ der Kopfstärke:

im Jahre:	in der deutschen Marine	in der amerikan. Marine	in der englischen Marine	in der holländ. Marine	in der österreich. Marine
1912 bzw. 1911/12	57,8	169,5	105,9	—	63,4
1913 „ 1912/13	57,8	143,1	—	—	60,4
1914 „ 1913/14	59,1	162,8	—	—	—
1915 „ 1914/15	47,2	151,6	—	—	—
1916 „ 1915/16	49,9	148,1	—	—	—
1917 „ 1916/17	44,3	88,7	—	93,9	—
1918 „ 1917/18	48,4	70,2	—	105,0	—
1919 „ 1918/19	—	—	—	—	—

V. Der Krankenzugang an Tripper betrug:

im Jahre:		in der deutschen Marine	in der amerikan. Marine	in der englischen Marine	in der holländ. Marine	in der österreich. Marine
1912 bzw. 1911/12	absolut	2213	5403	5779	—	723
	‰	34,8	87,3	48,3	—	37,1
1913 bzw. 1912/13	absolut	2415	5320	—	—	694
	‰	35,6	80,7	—	—	28,9
1914 bzw. 1913/14	absolut	2113	5703	—	—	—
	‰	36,2	84,9	—	—	—
1915 bzw. 1914/15	absolut	5402	5985	—	—	—
	‰	26,3	87,9	—	—	—
1916 bzw. 1915/16	absolut	7754	5731	—	—	—
	‰	32,4	82,7	—	—	—
1917 bzw. 1916/17	absolut	7324	14099	—	611 †	—
	‰	28,8	57,4	—	48,3	—
1918 bzw. 1917/18	absolut	8610	21404	—	754 ††	—
	‰	30,5	42,5	—	59,2	—
1919 bzw. 1918/19	absolut	—	—	—	—	—
	‰	—	—	—	—	—

†, †† Vgl. S. 181 Anm.

VI. Der Krankenzugang an Schanker betrug:

im Jahre:		in der deutschen Marine	in der amerikan. Marine	in der englischen Marine	in der holländ. Marine	in der österreich. Marine
1912 bzw. 1911/12	absolut	440	2169	2321	—	220
	‰	6,9	35,0	19,4	—	11,3
1913 bzw. 1912/13	absolut	506	1855	—	—	342
	‰	7,4	28,1	—	—	14,2
1914 bzw. 1913/14	absolut	482	2908	—	—	—
	‰	8,3	43,3	—	—	—
1915 bzw. 1914/15	absolut	1000	2200	—	—	—
	‰	4,9	32,3	—	—	—
1916 bzw. 1915/16	absolut	549	2426	—	—	—
	‰	2,3	35,0	—	—	—
1917 bzw. 1916/17	absolut	625	4568	—	415	—
	‰	2,5	18,6	—	32,8	—
1918 bzw. 1917/18	absolut	1369	7996	—	413	—
	‰	4,9	15,9	—	32,4	—
1919 bzw. 1918/19	absolut	—	—	—	—	—
	‰	—	—	—	—	—

VII. Der Krankenzugang an Syphilis betrug:

im Jahre:		in der deutschen Marine	in der amerikan. Marine	in der englischen Marine	in der holländ. Marine	in der österreich. Marine
1912 bzw. 1911/12	absolut	874	1424	3459	—	292†
	‰	13,7	23,0	28,9	—	14,9
1913 bzw. 1912/13	absolut	869	1447	—	—	415††
	‰	12,8	21,9	—	—	17,2
1914 bzw. 1913/14	absolut	689	1332	—	—	—
	‰	11,8	19,8	—	—	—
1915 bzw. 1914/15	absolut	2604	1454	—	—	—
	‰	12,7	21,3	—	—	—
1916 bzw. 1915/16	absolut	2688	1542	—	—	—
	‰	11,4	22,2	—	—	—
1917 bzw. 1916/17	absolut	2625	2469	—	162	—
	‰	10,3	10,0	—	12,8	—
1918 bzw. 1917/18	absolut	3065	5960	—	171	—
	‰	10,9	11,8	—	13,4	—
1919 bzw. 1918/19	absolut	—	—	—	—	—
	‰	—	—	—	—	—

† Hierin sind 55 Fälle = 2,8 ‰ mit hartem Schanker mitenthalten.
†† Hierin sind 102 Fälle = 4,2 ‰ mit hartem Schanker mitenthalten.

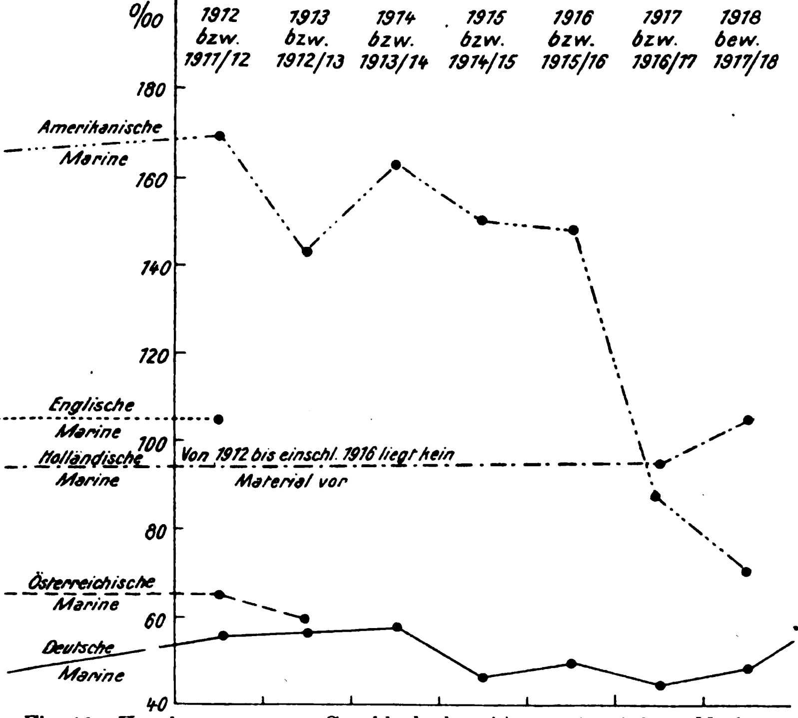


Fig. 16. Krankenzugang an Geschlechtskrankheiten in einigen Marinen während der Jahre 1912 bis einschließlich 1920 (‰ zur Kopfstärke).

Die amerikanischen Zahlen sind besonders bemerkenswert, ihr Absinken ist, wie erwähnt, auf Prophylaxe zurückzuführen. Die folgenden Auszüge stammen aus dem Jahresbericht des Surgeon General (U. S. Navy 1910), die mir durch Vermittlung des Herrn Ritchie-Genf vom Treasury Departement in Washington zugänglich gemacht wurden.

1. Schiff Pittsburg: Kreuzte im Adriatischen Meer; die Besatzung war Ansteckungen sehr ausgesetzt; es wurden 11000 prophylaktische Desinfektionen ausgeführt; ca. 98,5 % der Desinfizierten bleiben dadurch von Geschlechtskrankheiten frei.

2. Schiff Idaho: Die Besatzung des Schiffes war in gleichen Prozentzahlen der Möglichkeit geschlechtlicher Ansteckungen ausgesetzt, außer in den Monaten Juli und August, in welcher Zeit das Schiff den Präsidenten Epitacio Pessoa von New York nach Rio de Janeiro (Brasilien) brachte. Während des Aufenthaltes in Rio (Juli, August) erhielt täglich eine Gruppe der Mannschaft einen 15 stündigen Landurlaub; doch mußten die Mannschaften um 2 Uhr nachts spätestens wieder an Bord sein; in dieser Zeit wurden 1585 prophylaktische Desinfektionen vorgenommen.

Der Zeitraum zwischen Desinfektion und Beischlaf betrug:

Stunden	Proz.	Stunden	Proz.
1	6	11	3
2	10	12	3
3	10	13	4
4	3	14	5
5	6	15	1
6	6	16	1
7	10	17	1
8	10	18	1
9	6	19	2
10	3	20	1

Kein Mann meldete sich nach 20 Stunden.

Während des Aufenthaltes in Rio de Janeiro entwickelten sich folgende venerische Krankheiten:

Schanker 55 Fälle,
frische Urethralgonorrhöe 32 Fälle.

Unter den Infizierten befanden sich 3, die sich nicht hatten desinfizieren lassen; 3 Fälle, die als Ulcus molle diagnostiziert waren, stellten sich später als Mischinfektion mit Lues heraus; ein Syphilitiker übte überhaupt keine Prophylaxe aus. Die Prophylaxe blieb erfolglos gegen Ulcus molle in 3,27 %, gegen Gonorrhöe in 2 %, gegen Syphilis in 0,12 %.

Asiatische Flotte. Die Zahlen, welche in diesem Bericht über Prophylaxe angegeben sind, wurden analysiert, damit erkennbar ist, welcher Prozentsatz der Leute, die sich der Infektionsgefahr ausgesetzt hatten, trotz Ausübung der prophylaktischen Desinfektion erkrankte, sofern sie nach 6 oder 9 Stunden oder noch später zur Desinfektion kamen.

Im Laufe des Jahres wurden 16095 Fälle notiert, in denen sich die Mannschaften nachweisbar Infektionsmöglichkeiten (vgl. folgende Tabellen) an Bord, in Schiffsnähe oder in Häfen ausgesetzt hatten, oder 4,139 ‰ jährlich. In 14522 Fällen nahmen die Leute innerhalb 6 Stunden nach Rückkehr an Bord die Desinfektion vor, nach 9 Stunden 15468, 627 später als 9 Stunden.

Von den 14522, welche nach 6 Stunden desinfizierten, erkrankten 437 oder 3 %, von den 9stündigen 3,24 %, von den später ausübenden 7,81 %.

Die Tafeln geben eine Übersicht über die geringen Ansteckungen durch den Einfluß der Prophylaxe:

Schiff Monocacy.

A Zahl der Stunden nach dem Koitus	B Der Ansteckung waren ausgesetzt, nahmen aber Prophylaxe in Anspruch	C Es erkrankten an: Tripper	D Schanker	E Syphilis
1	180	1	—	—
2	68	3	—	—
3	32	—	2	—
4	37	—	1	—
5	30	—	1	—
6	15	—	—	—
7	9	2	—	—
8	21	—	—	—
9	3	—	—	—
10	1	—	—	—
Summe:	396	6	4	—

Die folgende Tabelle zeigt das Verhalten der Ansteckungen und der Krankheitstage durch Geschlechtskrankheiten in den Jahren 1910 bis 1919 bei der amerikanischen Marine:

Ansteckungen, Verhältnis der Ansteckungen und Krankheitstage durch Geschlechtskrankheiten in den Jahren 1910—1919.

Jahr	Vollständiger Durchschnitt	Ansteckungen	Desgl. bezogen auf 1000	Krankheitstage überhaupt	Durchschnittl. Krankheitstage	Invalide oder Tote
1910	58,840	11,071	189,76	135,507	12,12	191
1911	61,399	10,827	176,33	161,358	14,9	185
1912	61,897	10,495	169,55	146,135	13,9	153
1913	65,926	9,434	143,09	141,378	14,9	138
1914	67,141	10,932	162,82	142,981	13,0	118
1915	68,075	10,318	151,56	150,939	14,6	101
1916	69,294	10,261	148,97	165,984	16,1	94
1917	245,580	21,786	88,71	231,254	9,3	172
1918	503,792	35,360	70,18	456,538	12,91	543[1]
1919	298,774	33,345	111,62	558,421	16,74	729[2]

[1] 15 Tote. [2] 11 Tote.



Ich glaube hiermit einen Überblick gegeben zu haben; einmal über die Möglichkeiten, Fehlerquellen bei Statistiken über Geschlechtskrankheiten zu erfassen, zum anderen aus dem gebrachten Material einen gewissen allgemeinen Überblick über das Verhalten der Geschlechtskrankheiten während der Kriegsjahre zu gewinnen.

Ich will versuchen, das Gegebene in einigen Schlußsätzen zusammenzufassen:

Zusammenfassung.

1. **Als Grundlage für statistische Zählungen ist der Zeitraum eines Jahres anzusehen.** Eine Zählungsart mit Zugrundelegung eines Monatsresultats oder eines Vierteljahrsergebnisses und Rückschlüssen von diesen auf das ganze Jahr verschiebt, weil dann Doppelzählungen unberücksichtigt bleiben, die Ergebnisse zuungunsten der Geschlechtskrankheiten.

2. Der in der Arbeit gefundene Wert von 17,9 % Doppelzählungen würde bei einer Annahme von 6000000 Geschlechtskranken in Deutschland bereits 1000000 zuviel gezählte Geschlechtskranke aufweisen. Da aber zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Stellen des Reichs, bedingt durch lokale oder verwaltungstechnische Variationen, der absolute Wert der Doppelzählungen überall anders sein wird, muß für jede Zählung der Wert der Doppelzählungen von Fall zu Fall aus dem zu berechnenden Material neu errechnet werden.

3. Der geringe Anteil von Patienten, die mehrmals im Jahre einen Arzt wegen ihrer Geschlechtskrankheit aufgesucht haben, ist ein Beweis für die Indolenz der Masse Geschlechtskrankheiten gegenüber und die Erklärung für die ungeheure Vermehrung der Geschlechtskrankheiten in allen Ländern.

Diese Vermehrung wäre noch deutlicher nach dem Kriege in Erscheinung getreten, wenn nicht neuerdings auch in den Kreisen der Patienten teilweise eine gewisse zunehmende Einsicht Platz griffe. Die Behauptung gewisser Autoren, unzureichende oder unzweckmäßige Behandlung sei an der Zunahme der Geschlechtskrankheiten schuld, ist völlig haltlos und unwahr.

4. Bei Zugrundelegung des Krankenkassenbons als Zählmaterial spielt die „unsichere“ oder die „Scheindiagnose“ eine wichtige Rolle. Ein Nichtberücksichtigen dieser „unsicheren“ Diagnosen würde das Zählungsresultat zugunsten, ein kritikloses Hinnehmen aller „unsicheren“ Diagnosen zuungunsten der Geschlechtskrankheiten beeinflussen. Man muß sie deshalb in den Bereich der Berechnung bringen, muß aber auch sachlichst Kritik üben.

5. Während des Krieges haben die Geschlechtskrankheiten erst zahlenmäßig abgenommen — bis zum Jahre 1917 —,

dann haben sie stetig langsam zugenommen, bis sie — bei uns nach der Umwälzung der Staatsform Ende 1918, bei den übrigen Völkern nach Kriegsschluß schroff angestiegen sind; verschiedene angeführte Berechnungen zeigen, daß wir jetzt bereits den Gipfel überschritten haben.

6. Bei der Frau hat sich die Zunahme prozentual gegen die Vorkriegszeit stark erhöht; von besonderer sozialhygienischer und rassehygienischer Bedeutung ist die erhöhte Anteilnahme der Frau an Lues.

Aber auch hier ist Kritik am Platze. Alle Zahlen der Kriegszeit sind — was die Anteilnahme der Frau anbetrifft — zu reduzieren; die Zahlen erscheinen z. T. so groß, weil die Versichertenzahl der Männer während des Krieges dauernd abnahm, die Versichertenzahl der Frau dagegen stark zunahm.

7. Das Lebensalter, das den Höhepunkt der Ansteckungsmöglichkeiten für die Geschlechter darstellt, ist vom 18. bis 20. Lebensjahr auf das 20.—30. Lebensjahr verschoben. Das will nicht sagen, daß sich jetzt weniger Menschen als früher vor dem Kriege zwischen 18—20 Jahren geschlechtlich infizieren, sondern nur, daß sich jetzt nach dem Kriege noch mehr zwischen 20—30 Jahren anstecken.

8. Die Betrachtung der Zählungsergebnisse verschiedener Orte zeigt, daß man zurzeit immer nur auf den betreffenden Ort selbst einen Rückschluß machen darf; eine Verallgemeinerung lokaler Berechnungen muß abgelehnt werden, um so mehr, als zurzeit weder sichere Zählungsarten, noch für das ganze Reich vereinheitlichte Kassenbons bestehen.

9. **Die geeignete Grundlage für statistische Zählungen ist der Bon, den der Arzt alle Vierteljahre der Kasse zur Verrechnung einsendet** und der sowohl ambulant behandelte wie Krankenkassenunterstützung beziehende Patienten erfaßt.

Wenn aber dieser Kassenbon in Zukunft für Zählungen in Betracht kommen soll, **muß er für das Reich vereinheitlicht werden.**

10. Die Krankheitsbezeichnungen auf den Bons sind zur Vermeidung von „unsicheren“ oder von „verschleierten“ Diagnosen vom Arzt erst am Ende der Behandlung oder nach Sicherung der Diagnose auszustellen. Der dem Kranken auszuhändigende Abschnitt enthält nur einen Ausweis über Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit; im letzteren Fall einsendet der Arzt der Kasse den vorgeschlagenen 2. Abschnitt des Reichseinheitsbons, der die Krankheitsbezeichnung als Zahl bezeichnet; der dem Arzt verbleibende Abschnitt soll als Krankheitsbezeichnung eine solche enthalten, die sich einheitlich für das Reich möglichst eng an den internationalen Todesursachenindex anlehnt.

11. **Dieser einheitliche Reichskrankenkassenbon ist zu fordern,** weil

1. er die einzigste Möglichkeit bietet, in idealer Weise und ohne besondere Kosten den Gesundheitszustand der Mehrheit des Volkes einwandfrei zahlenmäßig zu errechnen;

2. weil in kurzer Zeit fast $^2/_3$ der Gesamtbevölkerung durch die angestrebte erwähnte Familienversicherung in den Bereich der Kassenbehandlung gelangt; dadurch gewinnt man die Möglichkeit, irgendeine Krankheit — sei es Tuberkulose, sei es Geschlechtskrankheiten usw. — in ihrer tatsächlichen Bedeutung **für die Lebenden** zu errechnen.

12. Die Erkrankungsziffern der verschiedenen Kriegsmarinen beweisen die außerordentlich große Bedeutung des Selbstschutzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; diese Prophylaxe wird mechanisch — wie besonders Grotjahn-Berlin hervorhebt — mittels Präservatifs — chemisch durch ante oder post coctum anzuwendende Mittel und pädagogisch durch Aufklärung und Belehrung erstrebt.

Daß die Verhältnisse bei der deutschen Marine sehr gut liegen, beruht auf der dort seit langen Jahren gut durchgeführten Prophylaxe, die den Hauptwert auf Aufklärung und Belehrung legte; dadurch wurde erst die körperliche Prophylaxe zur wirksamen Durchführung gebracht. Daß dieser Weg der richtige ist und mindestens so gut ist, wie strengste körperliche Prophylaxe ohne Sexualpädagogik, zeigt ein Vergleich mit den amerikanischen Zahlen.

Literatur.

Berichte der A. O.-K. Berlin 1918—1920 (Berlin).

Blaschko, A.: Hygiene der Geschlechtskrankheiten (aus Weyl, Handbuch, Bd. 8). Barth, Leipzig 1920.

— Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin. S. Karger, Berlin 1892 und 1918.

— Die statistischen Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preußen am 30. 4. 1900. Berl. klin. Wchschr. Nr. 15 (1900); med. Reform Nr. 15 (1902).

— Wie veranstaltet man am besten statistische Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten? Ztschr. f. Bek. der Geschlechtskrankh. (= Z.) 14, H. 3.

Busch: Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten.

Grotjahn: Handwörterbuch der sozialen Hygiene. Leipzig 1912, 2.

Güth: Sanitätsstatistische Resultate der sittenpolizeilichen Prostituiertenüberwachung in Berlin; Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Gesundheitswesen 44. 3. Folge.

Guttstädt: Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen. Berlin 1901.

Hammer: Zitat aus Mittlg. der D. G. B. G. Bd. 19.

Haustein, Hans: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen. Z. Bd. XX. H. 10—12.
Hecker: Zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Mannschaften des Beurlaubtenstandes im Bereich der Landwehrinspektion Berlin. D. militär. ärztl. Z. H. 22 (1918).
Heiberg-Hansteen: Prostitutionsverbreitung und Geschlechtskrankheiten in Norwegen. Z. 10, S. 109.
Hjelt, O.: Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Finnland. Berlin 1874.
Hoffmann, E.: Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Marcus u. Weber, Bonn 1920.
Jahrbuch, statistisches, der Stadt Berlin 1920.
Kleeberg, Ludwig: Syphilis und Ehe. Med. Klin. 1921.
Loeb u. Lion: Statistisches über Geschlechtskrankheiten. Z. VII, S. 291.
Loeser: cit. Berl. klin. Wchschr. 1920.
Mitteilungen der D. G. B. G. Bd. 19.
Petersen u. Stürmer: Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der Prostitution in Rußland. Berlin 1899.
Pinkus, F.: Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Freiburg 1912.
Richter: Geschichtliche Beiträge über die Versuche, die Ausbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen festzustellen. Z. 14, S. 206.
Roesle: Kritische Bemerkungen zur Statistik der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1921.
Rona: Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Budapest. Pester med. chir. Presse. Jahrg. 31, S. 393.
Schmitt: Zur Statistik der Verbreitung der venerischen Krankheiten in der Stadt Würzburg. Z 11, S. 260, 289, 291.
Schwiening: Beiträge zur Kenntnis der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren. — Veröffentlichungen auf dem Gebiete des militär. San.-Wesens. Hirschwald, Berlin 1907.
Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 1920.
Veröffentlichungen der D. G. B. B.: Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten durch Selbstschutz. W. Fiebig, Berlin 1922.
Zeitschrift zur Bek. der Geschlechtskrankh. Bd. I—XIX.

(Aus dem Hygienischen Institut der Universität Kiel.
Leiter: Prof. Kisskalt.)

Untersuchung über die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch Geschlechtskranke.

Von

Privatdozent Dr. **Wolf Gärtner** †,
Assistent am Institut.

Im allgemeinen wird der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten vom Standpunkt der Infektionsträger und der Infektionsbedrohten betrachtet. Sicherlich hat dieser Standpunkt seine große Berechtigung, aber die Kritik verlangt auch, daß man die Wirksamkeit der ärztlichen Tätigkeit betrachtet, die im Sinne der Seuchenausrottung das meiste leistet, weil sie die Infektionsquellen verschließen soll. Die Beseitigung der infektiösen Stadien verlangt spezielle Vorkenntnisse, diagnostische und therapeutische Apparate, die nicht jedem Arzt zur Verfügung stehen. Die heutige Lehre von der Behandlung der venerischen Krankheiten geht dahin, daß die Heilungsaussichten um so günstiger sind, je eher die Behandlung einsetzt. Andererseits weiß man, daß die unbehandelten oder vernachlässigten Fälle — und zwar um so mehr, je weniger der Kranke Beschwerden hat — die Hauptverbreiter der Krankheiten sind. Diejenigen, welche überhaupt nicht behandelt werden, sind der nicht versiegende Quell der Weiterverbreitung. Seine Bedeutung soll nicht unterschätzt werden, wenngleich er bei den folgenden Betrachtungen weniger berücksichtigt wird. Hier sollen diejenigen einer Betrachtung unterzogen werden, die zwecks Beseitigung ihrer Infektiosität in ärztliche Behandlung treten.

Unter einer rationellen Behandlung wird man eine solche verstehen dürfen, die eine möglichst schnelle Heilung der



Kranken erstrebt und somit eine baldige Ausschaltung der Infektiosität mit sich bringt. Nicht in Widerspruch mit dieser Definition steht, daß diese erste Behandlung viel Geld kosten kann, denn ausschlaggebend ist der Endeffekt. Eine Gonorrhoe, die rezidiviert und mit Komplikationen einhergeht (Epididymitis, Prostatitis, Cystitis, Adnexerkrankungen — etwa 20% aller weiblichen Gonorrhoen bekommen eine Tubeninfektionssterilität) oder ein Ulcus molle, das zum Bubo führt, der vielleicht noch mit langem Schnitt statt durch Stichinzision oder durch Aspiration entleert wird, oder eine Syphilis, die zu Sekundär- oder Tertiärerscheinungen bzw. zu Gefäß- und Nervenkrankheiten führt, überall liegt bezüglich der Kosten nur eine Krankheit vor. Die Kosten sind aber nicht nur direkte, wie ärztliche und medikamentöse und Verwaltungskosten für die Kassen und Versicherungen, sondern auch indirekte wie Arbeitsausfall, d. h. Minderung der Produktion, Unterstützung der Angehörigen, und bei dauerndem Siechtum oder frühzeitigem Tod, Verlust von Kassenbeiträgen und Steuern. Dazu tritt — allerdings in geldlicher Hinsicht kaum faßbar — der geburtenverhindernde Einfluß und die Verschlechterung des Nachwuchses durch angeborene Syphilis. Man geht also nicht zu weit, wenn man die Kosten für eine erste zur Restitutio ad integrum führende Behandlung auch teuer werden läßt, sie ist immer noch billiger als die Summe der Kosten der nicht zu Ende behandelten Fälle.

Das Ideal der Behandlung in dieser Beziehung ist das Krankenhaus. Zunächst hat es den großen Vorteil, die Infektionsquelle auszuschalten, sodann stehen ihm in instrumenteller, medikamentöser und personeller Hinsicht die besten Hilfsmittel zu Gebote. Sicherlich fehlt es zurzeit noch an genügend Betten, jedoch machte sich hier in den letzten Jahren eine Besserung bemerkbar. Allerdings wird man die pekuniäre Notlage, in der sich die Krankenhäuser bzw. Staaten und Kommunen zurzeit befinden, als recht unsozial bezeichnen müssen. Um so mehr ist es anzuerkennen, wenn es der Initiative Einzelner gelingt, trotz der schweren Zeiten den Bau und die Ausstattung neuer Kliniken durchzusetzen. Wenn aber die Krankenhäuser den erwarteten Erfolg haben sollen, dann muß in weitestem Maße auf die Psyche der Kranken Rücksicht genommen werden. Man muß in jeder Beziehung die Scheu vor dem Krankenhause beseitigen, und alle Schranken müssen fallen, die noch in vielerlei Hinsicht die Geschlechtskrankenabteilungen

umgeben. Es erscheint fraglich, ob die Einrichtung gesonderter, von den übrigen Krankenhäusern getrennter Hospitäler für Geschlechtskranke, zweckmäßig ist, denn zu leicht besteht die Gefahr, daß die Kranken, insbesondere die feinfühligeren, allein wegen der Möglichkeit, auf dem Wege zum Krankenhaus gesehen zu werden, einer Krankenhausaufnahme ablehnend gegenüberstehen. Zumindest muß man sich auch beim Bau derartiger Abteilungen die Gewohnheit vieler Hautfachärzte zunutze machen, möglichst unauffällige Eingänge zu schaffen. Eine selbstverständliche, aber auffälligerweise noch immer nicht überall erfüllte Voraussetzung für eine sachgemäße Behandlung ist die, daß jede Abteilung für Venerische auch von Hautspezialisten geleitet wird. Da bis jetzt noch zu wenig Fachärzte existieren, wird man die Privatpraxis gestatten müssen, wenngleich es sicherlich wünschenswert wäre, die Oberärzte möglichst auf die Krankenhaustätigkeit zu beschränken. Es soll aber nicht verkannt werden, daß die Krankenhausbehandlung auch Nachteile hat. Hierhin gehört in erster Linie die Gefährdung in moralischer Beziehung. Bei unzweckmäßiger Einrichtung der Abteilungen ist die Berührung von moralisch verdorbenen Elementen mit unverdorbenen eine große. Man hat vorgeschlagen, moralisch Reine von den Unreinen zu trennen. Hier können aber berechtigterweise Vorwürfe erhoben werden, wenn eine moralisch höher stehende Person infolge falscher Auffassung über ihre Moral in einen Raum gelegt wird, in dem Minderwertige untergebracht sind. Daß man Prostituierte von den anderen Kranken trennt, versteht sich von selbst und ist wohl schon allgemein durchgeführt. Um die Gefahr der Beeinflussung ordentlicher Personen möglichst herabzusetzen, wird es sich empfehlen, die Patienten in Zimmern mit wenig Betten unterzubringen und Krankensäle vollständig zu vermeiden, denn unter Geschlechtskranken gibt es wohl nur einen verschlechternden Einfluß aufeinander, aber kaum einen verbessernden. Die großen Schreier, die unter dieser Art von Kranken natürlich häufiger vertreten sind, als unter anderen, werden immer das Übergewicht über die ruhigen Elemente haben.

Trotz aller sonstigen Vorzüge der Krankenhausbehandlung wird ihre allgemeine Durchführung nicht erreichbar sein. Verlangt wird sie mit Recht für alle diejenigen, die nicht die nötige Einsicht für die Art ihres Leidens an den Tag legen. Ferner müssen bei der Aufnahme die Kranken mit infektiösen Symptomen denen mit latenten Krankheitsbildern vorgezogen werden. Von größter Wich-

tigkeit ist es, daß die Krankenkassen bezüglich der Überweisung keine Schwierigkeiten machen. Es wird sich heute wohl nur selten ereignen, daß Kassen sich der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme verschließen; aber gelegentlich versagen sie ihre Hilfe. Persönliche Rücksprache wird wohl stets zum Ziele führen.

Die nächst beste Hilfe finden die Venerischen bei den Fachärzten für Geschlechtskrankheiten. Der ärztliche Rat, die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten stehen mit der Krankenhausbehandlung auf einer Stufe. Der Hauptnachteil liegt in der Unmöglichkeit, bei den Kranken die erforderliche Rücksichtnahme auf ihr Leiden zu wecken. Denn der Venerische geht ja vielfach deshalb zum Facharzt, weil er nicht ins Krankenhaus will, um seinem Verdienst weiter nachgehen zu können oder — in der Mehrzahl der Fälle —, weil niemand merken soll, daß er sich infiziert hat. Gegenüber dem Krankenhaus besteht ein wichtiger Nachteil jeder ambulanten Behandlung darin, daß die Kranken aus der Behandlung wegbleiben, ohne daß der Arzt die Möglichkeit hat, auf den Kranken einzuwirken. Die eben geschilderten Nachteile liegen hauptsächlich im Verhalten der Kranken und dürfen nicht auf die fachärztliche ambulante ärztliche Kunst geschoben werden. Die gebildeten und verständigen Kranken, die aber an sich schon viel weniger zur Verbreitung der Seuche neigen, werden durchhalten. Die Ungebildeten bleiben aber kaum solange in der Behandlung, weil ihnen das Empfinden verloren geht, daß sie trotz Freiseins von Schmerzen nicht frei von Krankheit sind. Hier liegen die Verhältnisse ganz ähnlich wie bei vielen Tuberkulösen. Die Kranken bleiben krank und werden ein Opfer ihrer Rezidive und Komplikationen und sie stellen bedeutungsvolle Dauerausscheider der Krankheitskeime dar. Nicht die Gonorrhoiker im Stadium der massiven eitrigen Sekretion, nicht die mit floridem Ulcus molle oder durum behafteten Kranken sind die eigentlichen Verbreiter der Krankheiten, sondern die Kranken mit Prostatitis oder mit banal aussehenden Erosionen, Plaques usw. Wie schwer es ist, derartige Kranke noch zur Behandlung zu bewegen, geht aus einer Arbeit Hodanns hervor, nach der von 40 Leuten, denen eine weitere Behandlung angeraten wurde, nur ein einzigster sich dieser Behandlung unterzog. Man sieht, daß die Frühbehandlung möglichst in kurzer Zeit zum Ziele führen muß, wenn sie sich in der Seuchentilgung ihren Platz bewahren will. Hier liegt der Schwerpunkt der fachärztlichen Hilfe. Von den zu spät kommenden Fällen und

solchen, die bereits mit Komplikationen in die fachärztliche Behandlung kommen, soll hier nicht gesprochen werden.

Bei der Behandlung durch Nichtfachärzte (praktische Ärzte, Homöopathen und Vertreter anderer Spezialfächer) tritt noch ein weiteres schwerwiegendes Moment hinzu. Sie sind vielfach nicht in der Lage, alle diejenigen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel bereitzuhalten, die erforderlich sind. Auch fehlt ihnen, besonders den jüngeren, die nicht durch spezielle Tätigkeit auf diesem Gebiet Fachkenntnisse erwerben konnten, die nötige Erfahrung. Ehe diese Spezialkenntnisse in der Allgemeinpraxis erworben werden, gehen durch die Hand dieser Ärzte viele Patienten, deren sichere Heilung nicht über jeden Zweifel erhaben ist. Auch läßt die allgemeine Praxis vielfach nicht die Zeit, die erforderliche Mühe auf den Einzelfall zu verwenden. Es liegt mir fern, dieses alles zu verallgemeinern, aber jeder einsichtige Beurteiler wird mir recht geben, daß die Verhältnisse häufig so liegen. Der nächste Schritt ist dann der, daß man hierüber sine ira spricht, um für die Kranken und für die Volksgesundheit Vorteile zu erzielen. Aus eigener früherer dermatologischer Tätigkeit habe ich den unumstößlichen Eindruck gewonnen, daß viele, um nicht zu sagen die meisten veralteten Fälle, die dem Dermatologen zu Gesicht kommen, durch die Hände von Nichtfachärzten „gegangen" waren. Sehen die Kranken, daß sie trotz oft langdauernder Behandlung nicht entlassen werden, so verlieren sie das Zutrauen und bleiben fort. Insbesondere dann, wenn sie keine groben Krankheitserscheinungen wahrnehmen, stellen sie gefährliche Verbreiter der Seuchen dar. Besitzen die Kranken sich selbst und gegebenenfalls ihren Angehörigen bzw. ihrer künftigen Familie gegenüber das nötige Verantwortungsgefühl, so suchen sie trotzdem fachärztliche Hilfe auf und können hier häufig, aber nicht immer, einer restlosen Heilung zugeführt werden. Manche sind gezwungen, die Vertreter der anderen Spezialitäten aufzusuchen, wenn der Sitz der Komplikation es erfordert. Hier aber droht die Gefahr, daß das fragliche Symptom, nicht aber so sehr das Grundleiden behandelt wird. Wenngleich die Gefahr für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten sehr viel geringer ist, wird man sie nicht vollständig vernachlässigen dürfen.

Die heutige Dermatologie ist keine Disziplin mehr, die so nebenher betrieben werden kann. Die abortive Heilung

eines frischen Luesfalles erfordert mehr als Salvarsan und Injektionsspritze. Keinem Allgemeinarzt wird es in den Sinn kommen, eine Operation ohne spezielle Vorkenntnisse zu machen, und kein Chirurg wird es wagen, Stoffwechselkranke nebenher zu behandeln. Leider halten sich noch zu viel Ärzte ohne spezielle Ausbildung für berechtigt, neben ihrem eigentlichen Arbeitsgebiet noch Dermatologie zu betreiben.

Diese Kritik ist sehr hart, aber ist sie ungerecht?

Für eine rationelle Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist es erforderlich, die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe zu kennen. Nur so lassen sich Richtlinien gewinnen, um die neu in Zugang kommenden Kranken in richtige Bahnen zu lenken. Einen objektiven Maßstab für die Inanspruchnahme der Krankenhäuser, Hautfachärzte und Nichtfachärzte gibt es nicht. Immerhin bietet die vom Verband deutscher Städtestatistiker veranstaltete Erhebung vom 15. 11. bis 15. 12. 1913 eine gute Möglichkeit, sich zu orientieren. Es wurden daher vom Hygienischen Institut in Kiel von einigen Städten mit verschiedenem Wirtschaftscharakter die Zählbogen erbeten. Nur diejenigen wurden verwertet, die eine möglichst lückenlose Beantwortung vonseiten der Ärzte erkennen ließen, um möglichst gleichwertiges Material zugrunde zu legen. Hierbei zeigte sich, daß — wie auch Rösle betont — die Größe der Gemeinden nicht allein für die Durchseuchung einer Stadt maßgebend ist. Auch zeigte sich, daß die landläufige Annahme, nach der die Belegung einer Stadt mit Militär ungünstig einwirkt, nicht stichhaltig ist. Der wesentlichste Faktor ist der Wirtschaftscharakter, und zwar insofern, als die Fluktuation der Bevölkerung maßgebend ist. Die Hafenstädte stehen am ungünstigsten da, dann folgen die Binnenhandelsstädte, die Zentren des Verkehrs; am günstigsten stehen die Großstädte mit bodenständiger Schwerindustrie (im weiteren Wortverstande). Daß auf dem Lande wenig venerische Krankheiten vorkommen, ist allgemein bekannt. Auch hier ist die Fluktuation in hohem Maße ausschlaggebend, wenngleich nicht verkannt werden soll, daß noch mancherlei andere soziale Momente mitsprechen.

Die Verteilung der Geschlechtskrankheiten geht aus folgender Darstellung hervor. Von der ortsansässigen Bevölkerung (ohne Militär) entfallen Geschlechtskranke:

auf Hafenstädte:		Binnenhandelsstädte:	
Kiel	7,5‰	Großberlin	6,9‰
Danzig	6,1	Leipzig	9,2
Lübeck	6,0	Breslau	7,5
Hamburg-Altona	8,7	Frankfurt a. M.	5,9

Schwerindustriestädte:	
Barmen	2,1‰
Elberfeld	1,8
Düsseldorf	4,5
Dortmund	3,9
Essen	4,3

Diese Zahlen sind nur annähernd richtig; die Unterschiede würden sicherlich noch schärfer hervortreten, wenn es möglich wäre, die in den fraglichen Städten behandelten Ortsfremden abzuziehen. Wie weiter unten gezeigt wird, kommen beispielsweise in den Schwerindustriezentren relativ mehr Kranke aus den umliegenden großen Gemeinden, als in anderen Großstädten, da letztere nicht solche großen Nachbargemeinden haben.

Auch die Niederlassung von Spezialärzten für Hautkrankheiten kann als Indikator der Durchseuchung angesehen werden, denn auch die Niederlassung richtet sich nach Angebot und Nachfrage. Nach Auszählung des Reichsmedizinalkalenders für 1913 waren Hautfachärzte ansässig:

in Schwerindustriestädten:				gemischt-wirtschaftl. Städte			
Sterkrade	36000	Einw.	0	Mainz	110000	Einw.	5
Solingen	50000	„	0	Karlsruhe	111000	„	8
Remscheid	72000	„	0	Erfurt	125000	„	4
Oberhausen	75000	„	0	Mannheim	175000	„	11
Hamborn	101000	„	0	Straßburg	179000	„	13
Mühlheim Ruhr.	115000	„	0	Magdeburg	288000	„	10
Crefeld	129000	„	4	Cassel	153000	„	5
Bochum	137000	„	2				
Barmen	169000	„	4	Hafenstädte:			
Elberfeld	170000	„	8	Danzig	178000	„	9
Gelsenkirchen	171000	„	2	Königsberg	253000	„	9
Dortmund	214000	„	5	Stettin	240000	„	9
Duisburg	228000	„	4	Kiel	211000	„	13
Duisburg-Ruhrort.	47000	„	0	Bremen	242000	„	13
Duisburg-Meidrich	59000	„	0	Hamburg	1,1 Mill.	„	35
Essen	294000	„	9				

Hierzu ist zu bemerken, daß in den Schwerindustriezentren um die obengenannten Orte vielfach Städte liegen, die infolge ihrer Industrie zu recht erheblicher Größe herangewachsen sind, die aber

in vielen Wirtschaftsfragen auf die zentral gelegene größere Gemeinde angewiesen sind und somit dort die Niederlassung von Hautärzten mitbestimmen.

Was hier für die Durchseuchung ganzer Städte gilt, hat in noch höherem Maße Geltung für die einzelnen Berufe. Auch hier ist es schwer, genaue Zahlen zu erhalten, da alle diesbezüglichen Erhebungen mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Aber jeder Dermatologe weiß, daß Ortswechsel, den die einzelnen Berufe mit sich bringen, deutlich bei den einzelnen Berufen in die Erscheinung tritt. So sind die seefahrende Bevölkerung, Kellner und andere mit häufigem Ortswechsel einhergehende Berufe besonders gefährdet. Auch bei den venerisch infizierten Dorfbewohnern läßt sich der Einfluß des Ortswechsels deutlich verfolgen. Aus einer Untersuchung über den Einfluß der inneren Wanderung auf die Verbreitung der venerischen Krankheiten, die ich in Thüringen angestellt habe, seien hier einige Zahlen mitgeteilt; sie beziehen sich auf luetisch infizierte Leute, die aus Dörfern gebürtig waren. Von 22 aus Dörfern stammenden Männern (und 28 Frauen) hatten ihren ersten Geschlechtsverkehr im Geburtsdorf 10 (8), am Geburtsort wohnten noch zur Zeit der Infektion 11 (12), am Geburtsort infizierten sich 2 (10). Auf weitere Einzelheiten der damaligen Erhebung kann hier nicht eingegangen werden. Es sei nur hervorgehoben, daß die Nachforschungen bei denen, die aus kleinen Städten stammten, wie auch bei den Großstädtern die auffallende Häufigkeit der vorausgegangenen Wanderung ergaben. Kaum eine von den rund 100 ausgefragten Personen hatte am Geburtsort den ersten Geschlechtsverkehr, lebte zur Zeit der Infektion in diesem und infizierten sich ebenda.

Was die einzelnen ländlichen Berufe betrifft, so ergaben sich auch bestimmte Richtlinien. Insbesondere waren Schlächter und — in geringerem Maße — Müller und solche Berufe bedroht, die häufig in die Stadt kommen müssen und dort übernachten. Dazu kommt meist ein reichlicher Geldverdienst, der neben dem nötigen Alkohol das Seinige zur Infektion beiträgt.

Unter dem Gesichtswinkel des Ortswechsels muß man auch die Verbreitung der venerischen Krankheiten beim Militär betrachten. v. Schjerning wies mit vollem Recht darauf hin, daß die überwiegende Mehrzahl der Rekruten gesund zur Einstellung kam und daß der Durchseuchungsgrad der Zivilbevölkerung ausschlaggebend für den Gesundheitszustand der Truppen ist und

nicht umgekehrt. Die Marineangehörigen, die besonders häufig ihren Aufenthaltsort wechselten und die sich nicht in dem gleichen Maß, wie die Armeeangehörigen „feste Verhältnisse" zulegen konnten, waren der notorischen Verseuchung der Hafenstädte preisgegeben. So erklärt sich ungezwungen die starke Verseuchung der Marineformationen. Ganz ähnlich lagen die Dinge bei den in Großstädten untergebrachten Truppenteilen, so beim Gardekorps und III. A.-K. (Berlin) und XIX. A.-K. (Leipzig). Andererseits erklärt sich auch, warum die Garnisonen unserer ehemaligen Grenzbezirke relativ günstig dastanden. Der recht beträchtliche Unterschied zwischen Heer und Marine hatte noch eine andere nicht immer genügend gewürdigte Ursache. Die Marine zählte viel mehr ältere Jahrgänge (Kapitulanten, Deckoffiziere); diese setzten sich aber den Geschlechtskrankheiten viel mehr aus, als die nur 2 oder 3 Jahre dienenden Armeeangehörigen. Auch bei diesen erkrankten die älteren Jahrgänge häufiger als die jüngeren, was sich aus dem Dienstbetrieb erklärte. Dazu kam bei der Marine eine hohe Besoldung hinzu, um die Leute wegen der erworbenen Spezialkenntnisse bei der Marine zu erhalten. Die jetzt erzwungene Umstellung unserer Wehrmacht und die Schaffung einer aus jungen Beamten bestehenden Polizeimacht wird Verhältnisse schaffen, wie sie vor dem Krieg im englischen Söldnerheer bestanden. Aber hieraus ableiten zu wollen, daß durch diese Formationen der Gesundheitszustand der entsprechenden Garnisonen bedroht wird, erscheint nicht berechtigt, denn vorausgesetzt, daß die Disziplin wieder ein straffes Durchgreifen ermöglicht, ist bei dem heutigen Stande der Therapie und der militärärztlichen Organisation der Geschlechtskranken-Überwachung die Gefahr von vornherein ohne Schaden für die Bevölkerung zu beseitigen. Der bisherige jährliche Zuwachs der alten Wehrmacht, der zum großen Teil vom gesunden Lande stammte, wird auf diese Weise nicht mehr der Infektionsgefahr ausgesetzt — ein recht schwacher Trost für die unzähligen Vorteile, die wir auf Grund des Versailler Friedens aufzugeben gezwungen sind.

Die Auszählung der Geschlechtskranken war 1913 nach Listen vorgenommen worden, indem bei jedem Kranken Geschlecht, Art der Krankheit, Familienstand, Ort der Infektion und Wohnort erhoben wurden. Zur Veröffentlichung ist nur eine summarische Zusammenfassung gekommen, die in der Literatur eine sehr ungünstige Kritik geerntet hat, weil die statistischen

Methoden und die Aufarbeitung nicht einwandfrei waren. Diese damalige Bearbeitung wurde an dieser Stelle nicht berücksichtigt. Es wurden nur Zählbogen verwertet, die zuverlässig und so einheitlich waren, daß sie vergleichende Auszählungen zwischen verschiedenen Städten ermöglichten. Die erneute Auszählung der damals eingereichten Fragebogen bezweckte die Feststellung, wo die ledigen oder verheirateten Männer und Frauen behandelt wurden, ob in Krankenhäusern, bei Hautfachärzten oder bei Nichthautärzten. Hierzu war eine unbedingte Voraussetzung, daß die in den fraglichen Orten behandelten, aber nicht dort wohnenden Kranken ausgeschieden wurden. Sie sind daher in den folgenden Untersuchungen abgezogen und werden später gesondert betrachtet.

In nachstehenden Tabellen zeigt sich bezüglich der ärztlichen Inanspruchnahme ein wesentlicher Unterschied für Gonorrhoe und für Syphilis. Bei der S. stehen die Männer häufiger in fachärztlicher Behandlung, bei der Go. die Frauen. Dabei besteht zwischen den ledigen und den verheirateten Männern kein nennenswerter Unterschied (Go. männl. led. = 65,6%, verh. = 65,1%; frische S. männl. led. = 73,7%, verh. = 74,8%). Wie erklären sich diese Verschiedenheiten? Die stärkere fachärztliche Inanspruchnahme vonseiten der Männer bei der S. dürfte nur so zu erklären sein, daß die Schwere des Leidens den Kranken mehr bekannt ist und sie infolgedessen mehr zur fachärztlichen Hilfe Zuflucht nehmen. Innerhalb der 4 hier wiedergegebenen Städte zeigt sich aber eine nicht unwesentliche Verschiedenheit. Von den Syphilitikern gingen in Kiel 89,7% der Ledigen und 95,6% der Verheirateten in fachärztliche Hilfe. Für Essen (und Dortmund) lauten die Zahlen nur 63,6 (62,0) Ledige und 54,0 (65,6) Verheiratete. Die Zahlen für Magdeburg liegen dazwischen mit 72,7 und 77,8%. Bringt man diese Zahlen mit den in Tabelle I wiedergegebenen Zahlen über die allgemeine Verseuchung der Städte in Beziehung, so zeigt sich, daß mit zunehmender Verseuchung der Städte die fachärztliche Inanspruchnahme steigt, d. h. je mehr Syphilis in einer Stadt ist, um so mehr fachärztliche Hilfe wird in Anspruch genommen. Dieses kann neben dem größeren Angebot an fachärztlicher Hilfe nur so verstanden werden, daß mit steigender Infektionsgelegenheit der Bevölkerung in steigendem Maße die Notwendigkeit fachärztlicher Hilfe zum Bewußtsein kommt. In gleicher Richtung liegen die Dinge bei der männlichen Gonorrhoe. Daß sie an sich weniger

Frühe Syphilis m. = 492 Fälle w. = 245 „	Nichtfachärztliche Behandlung											Fachärztliche Behandlung			
	Prakt. Ärzte	Innere Ärzte	Chirurgen	Augenärzte	Hals-, Nasen-, Ohrenärzte	Nervenärzte	Kinderärzte	Homöopath.	Frauenärzte	Insgesamt	% aller Behandelten	Hautfachärzte	Krankenhaus	Insgesamt	% aller Behandelten
							männlich ledig: 344								
Kiel	7	2	—	2	—	1	—	—	—	12	10,3	36	68	104	89,7
Essen	26	6	—	—	2	—	5	2	—	41	36,4	57	14	71	63,6
Dortmund	18	—	—	—	—	—	—	1	—	19	38,0	25	6	31	62,0
Magdeburg	17	—	—	—	1	—	—	—	—	18	27,3	33	15	48	72,7
zusammen:	68	8	—	2	3	1	5	3	—	90	26,3	151	103	254	73,7
							männlich verheiratet: 151								
Kiel	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	4,4	11	33	44	95,6
Essen	13	1	—	—	2	—	1	—	—	17	46,0	17	3	20	54,0
Dortmund	10	—	—	—	—	—	—	—	1	11	34,4	13	8	21	65,6
Magdeburg	7	1	—	—	—	—	—	—	—	8	22,2	20	8	28	77,8
zusammen:	31	3	—	—	2	—	1	—	1	38	25,2	61	52	113	74,8
							weiblich ledig: 167								
Kiel	1	2	2	—	1	—	—	—	2	8	11,9	7	53	60	88,1
Essen	9	2	—	—	—	—	2	—	—	13	58,1	9	—	9	41,9
Dortmund	4	—	—	1	—	—	—	—	—	5	25,0	—	15	15	75,0
Magdeburg	10	—	—	—	—	—	—	—	—	10	21,2	26	21	47	79,8
zusammen:	24	4	2	1	1	—	2	—	2	36	21,5	42	89	131	78,5
							weiblich verheiratet: 78								
Kiel	—	1	—	1	—	—	—	1	1	4	25,0	1	11	12	75,0
Essen	6	—	—	—	3	—	1	—	1	11	45,8	13	—	13	54,2
Dortmund	3	2	—	—	—	—	—	2	1	8	38,0	5	8	13	62,0
Magdeburg	5	—	—	—	—	—	—	—	1	6	35,2	7	4	11	64,8
zusammen:	14	3	—	1	3	—	1	3	4	29	37,2	26	23	49	62,8

zu fachärztlicher Hilfe Veranlassung gibt, wurde schon gesagt. Das verseuchte Kiel führte 71,7% der ledigen und 80% der verheirateten Gonorrhoiker ihr zu, die weniger verseuchten Städte Essen (und Dortmund) nur 65,7 (65,3) Ledige bzw. 55,1 (58,4) Verheiratete. Auch hier steht wieder Magdeburg in der Mitte. Hieraus folgt, daß Essen und Dortmund nicht deshalb weniger Geschlechtskranke haben, weil dort die fachärztliche Hilfe reichlicher zu Gebote steht, sondern weil dort tatsächlich günstigere Verhältnisse bezüglich der allgemeinen Verseuchung vorliegen.

Die Geschlechtskrankheiten bei den Frauen zeigen ein ganz anderes Bild. Zunächst ist das Häufigkeitsverhältnis zwischen ledigen und verheirateten Kranken ein anderes. Bei den Männern

Gonorrhoe m. = 1705 Fälle w. = 596 „	Nichtfachärztliche Behandlung											Fachärztliche Behandlung				
	Prakt. Ärzte	Innere Ärzte	Chirurgen	Augenärzte	Hals-, Nasen-, Ohrenärzte	Nervenärzte	Kinderärzte	Homöopath.	Frauenärzte	Insgesamt	% aller Behandelten	Frauenärzte	Hautfachärzte	Krankenhaus	Insgesamt	% aller Behandelten
männlich ledig: 1270																
Kiel	95	1	5	1	2	—	—	3	—	107	28,3	—	186	85	271	71,7
Essen	155	5	—	1	—	—	—	6	—	167	43,3	—	142	77	219	65,7
Dortmund	70	—	—	—	—	—	—	4	3	77	34,7	—	115	30	145	65,3
Magdeburg	82	3	—	—	—	—	—	—	—	85	29,9	—	179	20	199	70,1
zusammen:	402	9	5	2	2	—	—	13	3	436	**34,4**	—	622	212	834	**65,6**
männlich verheiratet: 435																
Kiel	15	—	—	—	—	1	—	4	3	23	20,0	—	69	23	92	80,0
Essen	49	—	—	—	—	—	—	2	1	52	44,9	—	58	6	64	55,1
Dortmund	25	—	—	—	—	—	—	1	1	27	41,6	—	32	6	38	58,4
Magdeburg	44	2	—	3	—	1	—	—	—	50	35,9	—	81	8	89	64,1
zusammen:	133	2	—	3	—	2	—	7	5	152	**34,9**	—	240	43	283	**65,1**
weiblich ledig: 373																
Kiel	1	—	3	1	—	—	—	1	—	6	3,2	23	24	148	195	96,8
Essen	15	—	—	4	—	—	—	—	—	19	32,8	2	13	24	39	67,2
Dortmund	10	—	—	—	—	—	—	—	—	10	19,7	4	6	31	41	80,3
Magdeburg	13	1	—	—	—	—	—	—	—	14	22,1	24	12	13	49	77,9
zusammen:	39	1	3	5	—	—	—	1	—	49	**13,1**	53	55	216	324	**86,9**
weiblich verheiratet: 223																
Kiel	14	—	1	1	—	—	—	—	—	16	23,5	6	4	39	49	76,5
Essen	16	—	—	—	—	—	—	—	—	16	28,6	24	—	16	40	71,4
Dortmund	7	—	—	—	—	—	—	—	—	7	14,3	12	15	15	42	85,7
Magdeburg	13	—	—	—	—	—	—	—	—	13	36,4	19	5	16	40	63,6
zusammen:	50	—	1	1	—	—	—	—	—	52	**23,3**	61	24	86	171	**76,7**

entfallen auf einen verheirateten Gonorrhoiker 2,6 ledige und auf einen verheirateten Syphilitiker 2,2 ledige. Auf eine verheiratete gonorrhoische Frau entfallen dahingegen nur 1,6 ledige. Auf eine syphilitische verheiratete Frau entfallen 2,1 ledige. Diese Zahlen besagen, daß die weiblichen Gonorrhoen sicher nicht in dem Verhältnis in die Behandlung treten, wie sie unter der Bevölkerung fraglos vertreten sind. Die Gonorrhoe der Verheirateten, sei es nun, daß sie die Gonorrhoe mit in die Ehe brachten oder daß sie durch die Ehe oder während derselben infiziert wurden, erheischt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle irgendeine Behandlung. Die Syphilis scheint die Ledigen häufiger zum Arzt zu führen. Die Vielseitigkeit der Symptome, insbesondere

die nässenden Effloreszenzen zwingen scheinbar mehr dazu als gonorrhoische Erscheinungen. Fraglos ist der Verlauf der Frauensyphilis milder als beim Mann, aber diese Milde wird vielfach zu hoch eingeschätzt. Einerseits ist die Frau viel zu wenig aufgeklärt, um zu erraten, welches Leiden sich unter relativ harmlosen Erscheinungen verbirgt, und sie achtet viel weniger auf sich, weil sie viel weniger zu Beobachtungen erzogen ist. Andererseits sagt sie in noch umfassenderem Maße als der Mann in diesen Dingen die Unwahrheit. Insbesondere in der Psychiatrie hat man noch bis in die neueste Zeit den negierenden Antworten der Frauen ein zu großes Gewicht beigelegt.

Die fachärztliche Hilfe ist bei den ledigen und bei den verheirateten Frauen recht verschieden, wie oben schon angedeutet wurde. Bei der Gonorrhoe werden die Ledigen in 86,9% und bei der Syphilis in 78,5% fachärztlich behandelt, die Verheirateten in 76,7% bzw. 62,8%. Worin liegt dieses begründet? Hier gibt die Zergliederung der fachärztlichen Hilfe einen guten Anhalt. Von 324 in fachärztlicher Behandlung stehenden ledigen gonorrhoischen Frauen waren 216 = $^2/_3$ in Krankenhausbehandlung, von 131 ledigen syphilitischen Frauen 89 (ebenfalls $^2/_3$). Hier macht sich die zwangsweise Einlieferung von Berufs- und Gelegenheitsprostituierten geltend. Sie ist in Kiel — wohl infolge der militärischen Verhältnisse — bedeutender als in Essen und Dortmund. Bei den verheirateten Frauen sind gleichviel in Krankenhaus- und ambulanter Behandlung. (Bei den Männern beträgt der Anteil der Krankenhausbehandlung nur $^1/_5$—$^1/_3$ aller fachärztlich Behandelten.) Die Ergebnisse der Auszählung könnten nun so gedeutet werden, als ob wegen der stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser in Essen und Dortmund die Bekämpfung der Seuchen in den beiden Städten eine rationellere gewesen sei. Man darf hierbei aber nicht übersehen, daß die Krankenhausüberweisung in der Mehrzahl der Fälle erzwungen ist oder auf starken Druck hin erfolgt. In den meisten Fällen dürften auch die Infektionen lange Zeit vor Beginn der Krankenhausbehandlung gesetzt sein. Epidemiologisch sind diese Kranken anders zu bewerten. Schaltet man sie aus, so weisen die übrigbleibenden niedrigen Zahlen und das vorstehend geschilderte Häufigkeitsverhältnis der ledigen zu den verheirateten Frauen darauf hin, daß die freiwillige Inanspruchnahme jeglicher ärztlichen Hilfe erschreckend gering ist. Gerade die Beobachtung, daß so wenig ledige Frauen in ärztliche Behandlung

treten, zeigt, daß man unter den ledigen Frauenspersonen die Hauptquelle der Seuchenverbreitung zu suchen hat.

Es bleiben nun noch die Erkrankungen an weichem Schanker zu besprechen. Wegen der niedrigen absoluten Zahlen sind die Ledigen und die Verheirateten jeden Geschlechts zusammengefaßt. Die wenigen, kaum ins Gewicht fallenden Ortsfremden sind mit in die Betrachtung hineingenommen. Gleichfalls sind die Zahlen der Städte Hannover und Linden hinzugezogen, um ein möglichst großes Ausgangsmaterial zu gewinnen. Bei letzteren, aneinander grenzenden Städten war der Begriff „Ortsfremde" nicht scharf herauszuarbeiten, weshalb von einer Wiedergabe bei der Lues und Gonorrhoe abgesehen werden mußte.

Weicher Schanker m. 410 Fälle w. 41 „	Nichtfachärztliche Behandlung											Fachärztliche Behandlung			
	Prakt. Ärzte	Innere Ärzte	Chirurgen	Augenärzte	Hals-, Nasen-, Ohrenärzte	Nervenärzte	Kinderärzte	Homöopathen	Frauenärzte	Insgesamt	% aller Behandelten	Hautfachärzte	Krankenhäuser	Insgesamt	% aller Behandelten
männl. led. + verheiratet															
Kiel	16	—	2	—	—	—	—	—	—	18	26,9	31	18	49	73,1
Essen	19	1	1	1	—	—	—	—	—	22	62,7	8	5	13	37,3
Dortmund	24	—	—	—	—	—	—	1	—	25	51	8	16	24	49
Magdeburg	16	1	—	1	—	—	—	—	—	18	32,2	24	14	38	67,8
Hann. u. Li.	86	1	—	—	—	—	—	—	—	87	43,8	67	49	116	57,2
zusammen:	161	3	3	2	—	—	—	1	—	170	41,4	138	102	240	58,6
weiblich ledig + verheiratet															
Kiel	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2	50	—	2	2	50
Essen	2	—	—	1	—	—	—	—	1	4	80	—	1	1	20
Dortmund	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	70	—	2	2	30
Magdeburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	50	3	—	3	50
Hann. u. Li.	11	—	—	—	—	—	—	—	1	12	60	3	5	8	40
zusammen:	21	—	—	1	—	1	—	—	2	25	61	6	10	16	39

Von 100 Geschlechtskranken waren in

	nichtfachärztlicher Behandlung		fachärztlicher Behandlung	
	m.	w.	m.	w.
wegen Gonorrhoe	34,5	16,9	65,5	83,1
„ frischer Syphilis	25,9	20,5	74,1	73,5
„ weichen Schankers	41,4	61	58,6	39

Hier zeigt sich nun eine erheblich stärkere Inanspruchnahme der Nichtfachärzte, als bei den beiden anderen Krankheiten. Man kann sich eigentlich nicht vorstellen, daß ein Kranker, der ein Geschwür am Genitale hat, sich darüber im klaren ist, ob Lues vorliegt oder nicht und demgemäß zum Spezialisten bzw. zum praktischen Arzt geht. Man müßte erwarten, daß die Spezialärzte und praktischen Ärzte bei beiden Krankheiten in annähernd gleichem Verhältnis aufgesucht werden. Man wird hierbei wohl die Vermutung aussprechen dürfen, daß die auffällig starke Inanspruchnahme der Nichtfachärzte bei Ulcus molle-Kranken so zu erklären ist, daß von dieser Seite häufiger die Diagnose Ulcus molle gestellt wird. Ganz besonders wird man dieses aus der außerordentlich großen Differenz bei den Frauen schließen dürfen, denn der Primäraffekt der Frau läßt sich in vielen Fällen, sei es wegen fehlender Induration, sei es aus Gründen schwerer Zugänglichkeit, schwerer als solcher erkennen. Beim Weibe kommt de facto sehr wenig weicher Schanker zur Beobachtung, und es ist noch nicht geklärt, woran das liegt. Unter Abzug der Ortsfremden entfallen auf eine gonorrhoische Frau 2,8 Männer, und auf eine syphilitische Frau 2 Männer. Beim Ulcus molle aber ist das Verhältnis 1 : 10. Berücksichtigt man nur die Ulcus molle-Fälle, die in fachärztlicher Behandlung diagnostiziert worden sind, und daher auf eine genauere Diagnose Anspruch erheben können, so ergibt sich sogar 1 : 15. Zwischen diesen Werten dürfte sich also in Großstädten das Häufigkeitsverhältnis bewegen. Spezialärzte und Kliniken bekommen nur selten Ulcera mollia zu sehen; daher ist die Verwechslung eines Ulcus molle mit einem luetischen Primäraffekt bei einer Frau um so mehr zu bedauern, als letztere überhaupt seltener in diesem für die Behandlung so günstigen Zeitpunkt dem Arzt zu Gesicht kommen. Mithin liegt hier ein wichtiges Moment für die Verbreitung der Syphilis, das bei entsprechender ärztlicher Vorsorge ausgeschaltet werden kann. Man wende nicht ein, daß auch den Fachärzten falsche Diagnosen unterlaufen können. Ihnen sind sie eher zu verzeihen, denn da liegt der Fehler bei der noch nicht restlos ausgebauten Erkennungsmöglichkeit. Der Arzt, der sich nicht sicher fühlt, hat die ärztlich ethische Pflicht, die Verantwortung auf die Schultern derer zu laden, die berufen sind, sie zu tragen.

Bei der Betrachtung der Gonorrhoe und der Syphilis waren

die Ortsfremden absichtlich nicht mit in die Zahlen hineingenommen, um ein möglichst reines Bild der Großstadtbevölkerung zu gewinnen. Es erscheint aber doch lohnend, auch die in die Stadt zur Behandlung kommenden Kranken hier zu verfolgen. Der in die Stadt zur Behandlung kommende Teil beträgt bei den Männern 20%, bei den Frauen 10—20% aller überhaupt Behandelten. Die syphilitisch Infizierten stellen ein etwas höheres Kontingent dar, als die Gonorrhoekranken. Innerhalb der 4 Städte zeigt sich eine nicht unerhebliche Verschiedenheit. Sie findet wohl ihre Erklärung in der Nachbarschaft größerer Gemeinwesen, die ohne fachärztliche Hilfe sind. Speziell für Essen und Dortmund dürfte dieses von ausschlaggebender Bedeutung sein. Der Stadt Kiel fehlen derartige tributäre Gemeinwesen und auch die Universitätsklinik gleicht diesen Ausfall nicht aus. Daß die in die Städte zur Behandlung kommenden Kranken meistens fachärztliche Hilfe suchen, liegt auf der Hand. Die folgende Zusammenstellung läßt dieses deutlich erkennen. Sie umfaßt die 4 bisher hauptsächlich betrachteten Städte. Innerhalb der einzelnen Städte bestehen keine nennenswerten Verschiedenheiten, weswegen sich eine ge-

Ärztliche Inanspruchnahme durch Ortsfremde in den 4 Städten:

		Nichtfachärztliche Behandlung: Prakt. Ärzte	Innere Ärzte	Chirurgen	Augenärzte	Hals-, Nasen-, Ohrenärzte	Nervenärzte	Kinderärzte	Homöopathen	Frauenärzte	Insgesamt	% aller Behandelten	Fachärztliche Behandlung: Frauenärzte	Hautfachärzte	Krankenhaus	Insgesamt	% aller Behandelten
Gonorrhoe	männl. l.	22	1	2	2	—	—	—	7	2	36	**13,1**	—	184	56	240	**86,9**
Gonorrhoe	männl. v.	13	—	—	—	—	—	—	4	—	17	**14,6**	—	87	12	99	**85,4**
Gonorrhoe	weibl. l.	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6	**16,2**	11	10	10	31	**83,8**
Gonorrhoe	weibl. v.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	27	6	60	**100**
frische Syphilis	männl. l.	6	—	1	—	1	—	—	—	1	9	**8,7**	—	72	23	95	**91,3**
frische Syphilis	männl. v.	2	1	—	—	1	—	—	1	1	6	**14**	—	23	14	37	**86,0**
frische Syphilis	weibl. l.	1	—	—	—	—	—	—	—	2	3	**13,6**	—	7	12	19	**86,4**
frische Syphilis	weibl. v.	1	—	—	—	—	—	—	1	1	3	**17,6**	—	10	4	14	**82,4**
rezidive Syphilis	männl. l.	6	3	—	—	1	—	—	2	—	12	**16,4**	—	41	20	61	**83,6**
rezidive Syphilis	männl. v.	9	1	—	3	—	1	—	1	—	15	**17,2**	—	53	19	72	**82,8**
rezidive Syphilis	weibl. l.	1	—	—	2	2	—	—	—	—	5	**38,5**	—	6	2	8	**61,5**
rezidive Syphilis	weibl. v.	2	—	—	1	3	1	—	3	—	10	**26,3**	—	23	5	28	**73,7**
		69	6	3	8	8	2	—	19	7	—	—	38	543	183		
Alle Ortsfremden zusammen: 886 =											122	**13,8**				764	**86,2**

		Go.	fr. S.
m. l.	Kiel . . .	13,4	17,2
	Essen . . .	16,8	21,2
	Dortmund .	27,5	33,3
	Magdeburg .	16,2	27,4
	Durchschnitt	17,9	23,2
m. v.	Kiel . . .	14,2	19,3
	Essen . . .	17,8	30,1
	Dortmund .	36,8	20
	Magdeburg .	16,0	14,2
	Durchschnitt	21,0	22,2

		Go.	fr. S.
w. l.	Kiel . . .	3,4	13,9
	Essen . . .	13,5	4,4
	Dortmund .	8,9	13,1
	Magdeburg .	4,2	10,9
	Durchschnitt	9,0	11,6
w. v.	Kiel . . .	11,2	27,3
	Essen . . .	30,0	17,3
	Dortmund .	21,0	16,7
	Magdeburg .	27,4	15
	Durchschnitt	21,0	17,8

meinschaftliche Betrachtung rechtfertigt. Von 886 in die Stadt kommenden Kranken gingen 764 = 86,2% in fachärztliche Behandlung. Von den übrigbleibenden 122 Kranken gingen 69 = 56,5% zu praktischen Ärzten. 19 suchten Homöopathen auf. 4 männliche Kranke waren in Behandlung bei Ärzten, die sich nach eigener Angabe speziell mit Frauenkrankheiten beschäftigten. Der Rest suchte Spezialärzte für andere Disziplinen auf. Hier wird die spezielle Lokalisation des Leidens den Ausschlag gegeben haben.

Die vorstehend geschilderte ärztliche Inanspruchnahme spiegelt aber noch nicht die tatsächlichen Verhältnisse wieder, denn die Art der Erhebung machte keinen Unterschied zwischen den bereits bei Beginn des Beobachtungsmonats in Behandlung befindlichen und im Laufe desselben in die Behandlung eintretenden Kranken. Eine weitere Einschränkung muß hier hervorgehoben werden, die darin besteht, daß derjenige Arzt zur Listeneintragung verpflichtet war, der den Kranken zuerst zu Gesicht bekam. Führte der erste Arzt die Behandlung nicht durch und überwies ihn an einen anderen, z. B. Facharzt oder in ein Krankenhaus, so wurde er hier nicht erneut gezählt. Nach diesem Erhebungsmodus waren diejenigen nicht zu erfassen, die vor Beginn der Zählung in nichtfachärztlicher Behandlung gestanden hatten und die während des fraglichen Zeitraums in die fachärztliche oder Krankenhausbehandlung eintraten. Selbstverständlich waren auch diejenigen nicht an der richtigen Stelle zu erfassen, die aus der Behandlung von Kurpfuschern kamen. Aus diesen letzteren Gründen muß die fachärztliche Behandlung zu groß erscheinen. Nach anderweitigen Feststellungen der Fachärzte ist jeder 3. oder 4. Patient, der in ihre Behandlung tritt, bereits in anderweitiger Behandlung gewesen. Neugebauer nimmt sogar an, daß 90% aller Fälle zuerst dem praktischen Arzt zu Gesicht kommen. Ähnlich

steht es mit den Erfahrungen mancher Geschlechtskrankenabteilungen, die hauptsächlich zur Behandlung veralteter Fälle in Anspruch genommen werden. Gerade diese Fälle, die bei Beginn des Zählungsmonats die Betten der Abteilung innehatten, müssen bei dieser Art der Statistik einen zu großen Raum einnehmen und den Anteil der fachärztlichen Behandlung zu groß und für die Seuchenbekämpfung zu bedeutungsvoll erscheinen lassen.

Auch noch nach einer anderen Richtung hin darf man bei endemiologischer Betrachtung des ärztlichen Behandlungserfolges die fachärztliche Hilfe nicht zu hoch veranschlagen. Diese wird gerade von denjenigen, die am wenigsten zur Verbreitung der Seuchen neigen, in Anspruch genommen. Je jünger und unerfahrener die Infizierten sind, um so verständnisloser stehen sie der Krankheit gegenüber. Erst mit steigendem Verantwortungsgefühl wird die Gefahr richtiger gewertet. Zur Betrachtung des Lebensalters reichen die bisherigen Tabellen nicht aus. Daher muß ich mich auf das Material der Stadt Magdeburg beschränken, die sich das Verdienst erworben hat, neben den bisher behandelten Fragen auch das Lebensalter der Infizierten zu erheben.

Die folgende Tabelle zeigt die Altersverteilung.

Die in den Krankenhäusern Behandelten bedürfen keiner besonderen Betrachtung. Die hier Behandelten werden in der Regel nach Beseitigung der Infektiosität zur Entlassung kommen. In um so höherem Maße interessieren die Ledigen, die Nichtfachärzte und Spezialärzte aufsuchen. Die Abhängigkeit der Inanspruchnahme der verschiedenen ärztlichen Hilfe läßt sich sehr schön durch folgende Betrachtung zur Darstellung bringen. Man teilt die Geschlechtskranken beider Kategorien in 2 Altersklassen, und zwar in Kranke bis zum Kulminationspunkt der Infektionsgefährdung und diejenigen nach demselben. Der Kulminationspunkt liegt, wie ich bei anderer Gelegenheit aus dem Infektionstermin von 664 Männern bzw. 475 Frauen berechnet habe, für erstere im 24. und für letztere im 20. Lebensjahr. In Magdeburg gingen von 218 ledigen Männern mit frischen Infektionen, die spezialärztliche Hilfe aufgesucht hatten, 111 = 53% vor dem 25. Lebensjahr in diese. Von 107 Kranken, die nichtfachärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, gingen 72 = 67,3% vor dem 25. Lebensjahr in diese; es wurden also die Nichtfachärzte in einem nicht unwesentlich stärkeren Maße von den jüngeren Kranken

Verteilung von 765 Fällen von Gonorrhoe, weichem Schanker und frischer Syphilis, getrennt nach Alter, Geschlecht, Familienstand und ärztlicher Hilfe.

Jahre	Fachärzte				Nichtfachärzte				Krankenhäuser			
	männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich	
	ledig	verh.	ledig	verh.	ledig	verh.	ledig	verh.	ledig	verh.	ledig	verh.
16	—	—	2	—	1	—	3	—	1	—	1	—
17	1	—	3	—	1	—	2	—	—	—	6	—
18	4	—	1	—	7	—	8	—	2	—	3	2
19	8	—	3	—	7	—	4	—	8	—	7	1
20	23	—	3	—	16	—	—	—	1	—	1	1
21	12	1	5	1	11	1	1	—	10	—	8	1
22	19	—	2	1	7	—	1	—	4	—	1	1
23	26	1	6	—	7	1	1	—	7	—	1	4
24	18	2	6	1	15	3	1	3	5	—	3	1
25	27	6	4	2	8	—	2	—	1	—	—	1
26	19	3	2	2	8	4	—	1	2	2	—	1
27	15	3	4	1	1	3	—	—	3	—	—	1
28	12	4	2	4	2	3	—	1	—	2	1	—
29	5	5	3	—	3	—	—	—	—	1	—	1
30	4	6	—	4	2	4	—	5	—	2	—	—
31	4	2	—	1	1	3	—	—	—	1	1	—
32	6	11	—	1	—	6	1	2	1	2	—	1
33	—	11	—	—	1	3	—	2	—	1	—	—
34	3	4	—	1	—	3	—	2	1	—	—	1
35	—	4	—	—	2	4	1	—	—	—	—	1
36	1	8	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—
37	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
38	1	4	—	1	—	3	—	—	—	2	—	1
39	3	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
40	—	2	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—
41—45	3	4	—	1	1	4	—	1	1	1	—	—
46—50	—	8	—	—	2	3	—	—	—	2	—	—
üb. 51	2	6	—	2	3	6	—	—	1	—	—	—
	218	100	46	25	107	62	25	17	48	18	33	20

aufgesucht. Bei den Frauen, bei denen mir allerdings nur ein erheblich kleineres Zahlenmaterial zu Gebote steht, liegen die Verhältnisse noch drastischer; von 46 in spezialärztlicher Behandlung stehenden Frauen gingen vor dem Höhepunkt der Infektionsgefährdung 12 = 38,3% zum Facharzt und von 25 ledigen in nichtfachärztlicher Behandlung stehenden Frauen gingen bis zu diesem Zeitpunkt 17 = 68% zu Nichtfachärzten.

Es ergibt sich also die wenig erfreuliche Tatsache, daß die Inanspruchnahme der fachärztlichen Hilfe bei weitem nicht dem Wert entspricht, der ihr für die Seuchentilgung zukommt. Hierbei ist noch gar nicht auf die wichtige Frage eingegangen, in welchem Stadium der Erkrankung die Patienten in die Behandlung eintraten. Sicherlich würden sich hier auch erschreckende Bilder entrollen, wenn man sie zur Verbreitung der

Seuchen in Beziehung setzt. Da aber das vorliegende Material hierüber nichts aussagt, soll nicht näher darauf eingegangen werden.

Faßt man die Ergebnisse über die fachärztliche Hilfe zusammen, so läßt sich folgendes sagen: 1. Sie wird im ganzen zu wenig in Anspruch genommen. 2. Gerade derjenige Teil der Bevölkerung, der für die Verbreitung der Seuchen in Frage kommt, nämlich die Jugendlichen beiderlei Geschlechts, kommen nicht in dem Prozentsatz in die fachärztliche Behandlung, der gefordert werden muß. 3. Ein erheblicher Teil der fachärztlichen Hilfe wird nur in beschränktem Maße zur Seuchentilgung beitragen können, weil sie durch die Behandlung der Kranken absorbiert wird, die an anderer Stelle keine frühe Heilung gefunden haben. 4. Ein weiterer Teil der fachärztlichen Tätigkeit wird von Ortsfremden in Anspruch genommen, die zur Behandlung in die zentral gelegenen Städte kommen. Hierdurch geht den fraglichen Gemeinden ein wesentlicher Teil der ihnen zur Tilgung der Seuchen zur Verfügung stehenden Kraft verloren. Andererseits aber zeigt diese Feststellung, daß in der Nachbarschaft ein nicht unerhebliches Interesse an fachärztlicher Hilfe besteht, das daselbst nicht befriedigt werden kann.

Die Krankenhausbehandlung, die für die Seuchentilgung das Ideal darstellt, kann nicht so weit ausgedehnt werden, wie es eigentlich sein müßte. Sie wird vorerst zur Behandlung derjenigen Elemente in Frage kommen, die das nötige Verständnis für ihr Leiden vermissen lassen. Die vorstehend gemachten Ausführungen lassen erkennen, daß insbesondere die jüngeren unverheirateten Frauen in einem viel zu geringen Prozentsatz in die Behandlung treten. Fraglos wird hier noch manche Infektionsquelle unschädlich gemacht werden können, wenn sie dem Krankenhaus zugeführt wird. Bezüglich der Gonorrhoe liegen allerdings die Verhältnisse ungünstiger als bei der Lues, die heute in kurzer Zeit in ein nichtinfektiöses Stadium überführt werden kann. Eine rationelle Ausrottung der Seuchen muß aber verlangen, daß die zur Verfügung stehenden Betten so belegt werden, daß die Infektiosität und die Zuverlässigkeit der Patienten in Rechnung gesetzt werden.

Die Behandlung durch Nichtfachärzte kann vom hygienischen Standpunkt nur als Notbehelf angesehen werden. Selbstverständlich gehe ich nicht so weit, jede Hilfe eines praktischen Arztes als wertlos oder als nicht ausreichend für die Seuchenbekämpfung zu halten, aber die Erfahrung der Hautärzte zeigt, daß mancher Fall nicht rechtzeitig einer Heilung zugeführt wurde.

Auch an dem oben angeführten Beispiel über die falschen Diagnosen beim weichen Schanker, die sich übrigens völlig mit den Erfahrungen der Kliniken und der Fachärzte decken, geht zur Genüge hervor, daß die allgemeinärztliche Hilfe weit hinter der fachärztlichen zurückbleibt. Was oben über die Inanspruchnahme der nichtfachärztlichen Hilfe durch jugendliche Personen gesagt wurde, muß hier in diesem Zusammenhang nochmals unterstrichen werden.

Sobald man diese Verhältnisse erkannt hat, ergibt sich die wichtige Frage, ob man sie im Sinne einer rationelleren Bekämpfung umgestalten kann. Die sich auftürmenden Probleme sind mannigfacher Art. Einige Richtlinien seien hervorgehoben. Auf Grund endemiologischer Seuchenforschung müssen die Verbreitungswege der Krankheiten studiert werden, um die Tilgungsmöglichkeiten erschöpfend in Anwendung bringen zu können. Es liegen zwar viele Zahlen über die Geschlechtskrankheiten vor, aber sie lassen meist eine praktische Schlußfolgerung vermissen. Die endemiologische Erforschung der venerischen Seuchen ist heute kaum weiter fortgeschritten als vor einigen Jahrzehnten. Sie muß gefördert werden, wenn man die Seuchen energisch angreifen will. Es ist eigenartig, daß die selteneren Seuchen epidemiologisch viel besser erforscht sind als die verbreiteteren. Auch stehen bei uns die offiziellen Maßnahmen gegen Seuchen in einem umgekehrten Verhältnis zu ihrer Ausbreitung. Daher muß der ärztliche Nachwuchs in dem Sinne herangebildet werden, daß er nicht nur Kranke und Krankheiten behandeln lernt, sondern auch die Seuchen. Das aber ist nur möglich, wenn das epidemiologische Verständnis gefördert wird. Hier greifen der dermatologische und der hygienische Unterricht ineinander über. Bei anderen Krankheiten bestehen diese Beziehungen schon lange und haben sich gut bewährt. Ein gewaltiger Fortschritt ist die Erfassung der Geschlechtskranken im Dezember 1919, die vom Reichsgesundheitsamt organisiert und bearbeitet wurde. Eine ähnliche Untersuchung ist auch in Deutsch-Österreich vorgenommen worden.

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen muß darauf hingewiesen werden, daß die fachärztliche Hilfe mit ihrem diagnostischen und therapeutischen Rüstzeug am ehesten in der Lage ist, die Seuchen einzudämmen. Die bereits in Angriff genommene Ausgestaltung der Lehrstühle für Dermatologie in Ordi-

VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG

Die Schädigungen der Haut
durch Beruf und gewerbliche Arbeit

In Gemeinschaft mit

Dr. Moriz Oppenheim
Primararzt u. Professor an der Univ. in Wien

Obermedizinalrat Dr. J. H. Rille
o. Professor an der Universität in Leipzig

herausgegeben von

Obermedizinalrat Dr. Karl Ullmann
Privatdozent an der Universität, Dozent an der Hochschule für Welthandel in Wien

Band I

VIII, 336 Seiten mit 128 Abbildungen im Text, 9 mehrfarbigen Tafeln und einem Porträt von Bernardino Ramazzini. 1922. M. 480.—, geb. M. 600.—

Preis für Belgien und Frankreich Fr. 76.—, geb. Fr. 92.—, Dänemark Kr. 38.—, geb. Kr. 46.—, England £ 1/18/-, geb. £ 2/6/-, Holland fl. 19.—, geb. fl. 23.—; Italien Lire 95.—, geb. Lire 115.—, Japan Jen 15.20, geb. Jen 18.40, Norwegen Kr. 45.60, geb. Kr. 55.20, Schweiz frs. 38.—, geb. frs. 46.—, Schweden Kr. 30.40, geb. Kr. 36.80, Spanien Peseten 38.—, geb. Peseten 46.—, Tschechoslowakei Kr. 240.—, geb. Kr. 300.—, U.S.A. $ 7.60, geb $ 9.20.



Fig. 33. Sekundäre Blasenbildung im Gebiete einer 2- und 3 gradigen Verbrennung. (12. Krankheitstag.) (Aus Karl Ullmann, Durch Hitzeeinwirkung hervorgerufene Hautschädigungen.)



Fig. 58. Elektrisch-fahrbare Gießpfanne beim Kokillenguß; Schutzhut. (Vgl. Text S. 130.) (Original-Phot. der Poldihütte.) (Aus Karl Ullmann, Durch Hitzeeinwirkung hervorgeruf. Hautschädigungen.)



Fig. 124. Verletzung durch Bügelmaschine. Schwere Quetschung und Verbrennung dritten Grades des linken Unterarmes mit Bloßlegung des Ulnarknochens, entstanden durch den mit Gas geheizten Kalander. (Aus M. Jerusalem, Typische Haut- u. Weichteilverletzungen der Arbeiter.)

Dem Bedürfnisse, die zahlreichen, in verschiedenen Ländern durch Beruf und Arbeit entstehenden Schädigungen, insbesondere solche der Haut und deren Grenzgebiete, das Wichtigste über deren Ursachen und die Mittel zur Verhütung zu sammeln und durch Beschreibungen in Wort und Bild verschiedenen Interessenten, insbesondere den Fabrikärzten, Aufsichtspersonen in gewerblichen Betrieben u. a. zugänglich zu machen, war seit langem ein naheliegender Gedanke.

Das nunmehr in dem 1. Bande vorliegende Werk „Schädigungen der Haut durch Beruf und Gewerbe" wurde in obigem Sinne angelegt und schon mehrere Jahre vor dem Kriege begonnen. Trotz der zahlreichen Schwierigkeiten, die sich bei der richtigen Verteilung und in der Erzielung einer möglichst gleichmäßigen Behandlung des weitausgreifenden Stoffes, auch in der Wahl und Beschränkung von charakteristischen Abbildungen schon vor dem Kriege ergeben haben und insbesondere infolge des Hinzutretens solcher Hemmnisse während und nach dem Kriege, ist es den vereinten Bemühungen der Herausgeber und aller Mitarbeiter nunmehr gelungen, wenigstens den 1. Teil des Werkes in Bandform, enthaltend die physikalischen Schädigungen der Haut, fertigzustellen. Einzelne Arbeiten, schon seit langem eingeliefert, wurden diesem Bande eingefügt, obwohl sie systematisch erst in der weiteren Folge ihren Platz gehabt hätten.

Der reiche Inhalt des Werkes und der nun folgenden Arbeiten, welche dem ursprünglichen Programm gemäß von nun ab in einzelnen Heften zur Ausgabe gelangen werden, geht aus dem folgenden Inhaltsverzeichnis hervor.

Inhalt.

In weiterer Folge werden nun die vorwiegend durch chemische Substanzen, ferner durch Reizstoffe aus dem Pflanzen- und Tierreiche sowie durch Bakterien und Parasiten aller Art speziell in Berufen entstehenden Hautkrankheiten durch berufene Referenten geschildert werden.

Auch der Syphilis und den im Berufe erworbenen krebsigen Entartungen, sowie den exotischen und tropischen Berufsdermatosen wird nach Maßgabe des Platzes Rechnung getragen werden. Ebenso den beruflichen Schädigungen der Hautadnexe, Nägel, Haare, auch der Zähne und Schleimhäute.

Einzelbeiträge in Wort und Bild werden von den Redaktionsstellen für die Aufnahme in die Gesamtreferate nach Maßgabe des Raumes und der Möglichkeit gern übernommen, so farbige Bilder, Photographien, auch mikroskopische Präparate, Moulagen und charakteristische Beschreibungen einzelner spezifischer Hautschädigungen. Es gilt dies sowohl für noch nicht publizierte Originale, als für geeignete und schon reproduzierte Objekte.

Aus Besprechungen über Lieferung 1:

Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 122, Heft 3: Die gewerblichen Erkrankungen der Haut finden, wie dies in der Natur der Sache liegt, in der dermatologischen und in der gewerbehygienischen Literatur ihre Bearbeitung, beiden nur gleichsam als Appendix beigefügt. Die Idee einer ausführlich monographischen Behandlung ist daher sehr zu begrüßen, und die erste Lieferung des vorliegenden, groß angelegten Werkes läßt sowohl durch die Wahl der Mitarbeiter wie durch Anordnung des Stoffes und die reiche Ausstattung das Beste hoffen. Walther Pick (Wien).



Fig. 115. Tuberkulöse Fußgeschwüre.
(Aus A. Ravogli, Fußgeschwüre und ihre Beziehung zum Berufe.)

Münchner Medizin. Wochenschr. 1915: Die vorliegende erste Lieferung enthält neben einführenden Worten der beiden Herausgeber zunächst eine Darstellung der „Allgemeinen Ätiologie und des Wesens der gewerblichen Hautaffektionen“ von A. Blaschko; in weiteren Kapiteln behandeln J. Fischer die Geschichte d. Gewerbedermatosen, M. Oppenheim die beruflichen Stigmata der Haut. 20 Textabbildungen und 2 farbige Tafeln ergänzen die verschiedenen Abhandlungen. Das groß angelegte Werk verdient zweifellos das Interesse nicht nur der Dermatologen und Gewerbehygieniker, sondern auch der in der Kassenpraxis stehenden Ärzte, zumal der Therapie und Prophylaxe ein breiter Raum gewidmet werden wird.

Koelsch-München.

Prager Med. Wochenschrift, 1915, Nr. 24: Es ist ein ausgezeichneter Gedanke, der hier zur Durchführung gelangen soll: ein Handbuch der gewerblichen Schädigungen und Erkrankungen der Haut zu liefern und darin jene Fülle von Beobachtungen und Erfahrungen zu sammeln, die in der Literatur allenthalben zerstreut sind. Sehr zu begrüßen ist auch, daß wichtige mit der praktischen Medizin nicht direkt zusammenhängende Fragen, wie z. B. der gewerbliche Schutz vom Gesichtspunkte der Hautschädigung, die Organisation des gewerbsärztlichen Dienstes erörtert werden sollen.

Waelsch.



Fig. 22. Schwere Erfrierung beider Hände. (Rilles Sammlung.) (Aus Kyrle, Durch Kältewirkg. hervorgerufene Veränderungen der Haut.)

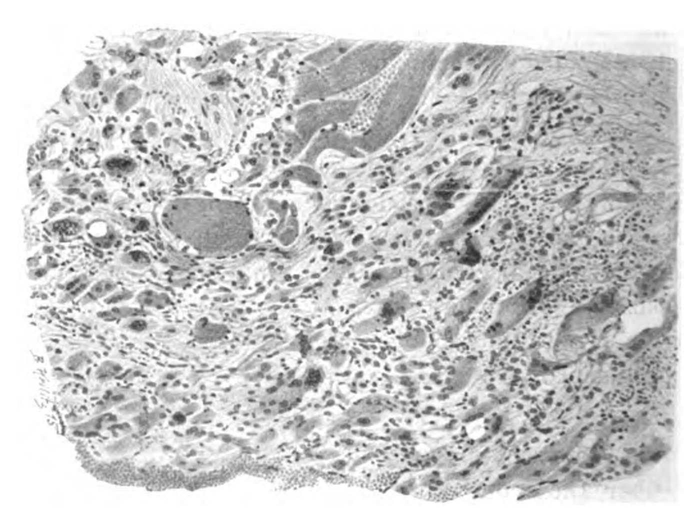


Fig. 26. Histologische Veränderungen in der Muskulatur bei Erfrierung. Kernanhäufung in einzelnen Muskelzellen. Riesenzellartige Bildungen. (Aus Kyrle, Durch Kältewirkg. hervorgerufene Veränderungen der Haut.)

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

nariate wird sicher dazu beitragen, die Anschauungen über die Wichtigkeit dieser Disziplin zu fördern und das ärztliche Empfinden in dem Sinne umzugestalten, daß zur Behandlung der venerischen Krankheiten Fachärzte berufen sind. Den in der Allgemeinpraxis stehenden Ärzten aber muß noch jetzt die Wichtigkeit der Seuchenbekämpfung vor Augen geführt werden. Ich zitiere hier einige Worte Neugebauers, denen ich vollinhaltlich zustimme. „Mit seiner Person steht und fällt das ganze Problem der Luesbekämpfung" und er würde „der großen Sache gute Dienste leisten, indem er unklare Fälle oder nach gestellter Diagnose die Behandlung einem entsprechenden Arzte neidlos überließe."

Man ist dazu übergegangen, durch Schnellkurse für Diagnostik und Therapie der Geschlechtskrankheiten die bereits in der Praxis stehenden Ärzte für den Kampf gegen die Seuchen heranzuziehen. Es muß mehr als zweifelhaft erscheinen, ob hier ein geeigneter Weg beschritten wurde. In 6 oder 10 Stunden läßt sich das ungeheure Gebiet nicht bewältigen, auch dann nicht, wenn man berücksichtigt, daß die Ärzte schon längere Zeit in der Praxis stehen. Entweder erkennt man die Notwendigkeit fachärztlicher Ausbildung an und fördert sie demgemäß oder man erkennt sie nicht an und braucht dann nicht zu derartigen unvollkommenen Mitteln greifen. So wird nur die Gefahr der oberflächlichen Durchbildung gesteigert.

Jede Heranbildung von Hautfachärzten ist erwünscht, denn ihre Hilfe stellt neue spezielle Kräfte in den Dienst der Seuchenbekämpfung. Bei den venerischen Krankheiten liegen in dieser Beziehung die Verhältnisse sehr viel günstiger als bei den anderen großen Volksseuchen. Zwar hat der Krieg gelehrt, daß zu weitgehende Spezialisierung nicht vorteilhaft ist, da jeder Arzt an jeder Stelle Verwendung finden kann; aber die Nachteile der Spezialisierung lagen weniger in zu weitgehender Spezialisierung, als in zu geringer Allgemeinausbildung. Sie zu fördern, wird auch für die normalen Verhältnisse stets von Vorteil sein. Diese Forderung wird am besten erfüllt werden, wenn die Spezialisierung nicht zu früh einsetzt. Wünschenswert wäre es, daß die sich niederlassenden Fachärzte die endemiologischen Ergebnisse besser berücksichtigten. Aber leider fehlen hier noch vielerlei Voraussetzungen. Zurzeit fehlt es noch am meisten in den Städten bis zu 50000 Einwohnern an Fachärzten. In den Großstädten dahingegen finden sich viele Fachärzte, aber sie wohnen zu dicht auf-

einander. Meist beschränken sie sich auf wenige Straßen der Stadt. Sicherlich ist die Niederlassung in belebten Straßen und in belebten Häusern wünschenswert, weil sie den Bedürfnissen der Kranken entgegenkommt; aber im allgemeinen ist die Peripherie zu schwach besetzt. Reine Fabrikvorstädte benötigen weniger fachärztliche Hilfe, weil hier die venerischen Krankheiten relativ selten angetroffen werden, hier liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei der Schwerindustrie. Empfehlenswerter dürfte die Gegend in der Nähe von Bahnhöfen sein, weil hier ein reichlicher Verkehr statthat und die Aufmerksamkeit geweckt wird. Die Frage der Sprechstunde an zwei verschiedenen Orten bedarf hier keiner besonderen Berücksichtigung, weil in Großstädten im allgemeinen genug Fachärzte vorhanden sind; meist mangelt es nur an einer entsprechenden örtlichen Verteilung. Die augenblickliche Wohnungsnot hat zu einer ganz eigenartigen, früher unbekannten Erscheinung geführt. Da zur Überweisung einer Wohnung ein Nachweis der Dringlichkeit erforderlich ist, wenden sich die Wohnungsämter an die ärztlichen Standesvertretungen zwecks Begutachtung der Notwendigkeit. Diese Standesvertretungen, deren wirtschaftliche Notwendigkeit in keiner Weise bestritten werden soll, können in dieser Beziehung nicht als die kompetenten Instanzen anerkannt werden, weil sie als Richter in eigener Angelegenheit auftreten. Es erscheint richtiger, die beamteten Ärzte zu hören, die sich ihrerseits mit den Kassen, in gelegentlichen Fällen sogar mit den Landesversicherungsanstalten in Verbindung setzen sollten; die Kassen sind im allgemeinen gut über die Notwendigkeit fachärztlicher Hilfe orientiert, weil sie aus den an sie herantretenden Anforderungen ein Übersichtsbild gewinnen. Man wird nicht bestreiten können, daß auch hier endemiologische Erfassung mehr praktischen Nutzen bringt als manche kleine therapeutische Verbesserungen, auf die oft eine Fülle von Zeit und Arbeit verwendet wird, die in gar keinem Verhältnis zum erreichbaren Erfolg stehen.

Aber nicht nur bei den Ärzten ist eine Förderung des Interesses für endemiologische Fragen nötig, sondern auch bei dem gefahrbedrohten Publikum. Hier soll nicht von der Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten schlechthin gesprochen werden; daß sie weiter und immer von neuem für die heranwachsende Jugend gefördert werden muß, ist selbstverständlich. Dem Publikum muß der Weg zur fachärztlichen Hilfe gewiesen werden.

Es muß verstehen lernen, daß es hier die sachgemäßeste und schnellste Hilfe finden kann. Die Scheu vor dem Krankenhause muß beseitigt werden. Das Publikum muß die Vorteile der Krankenhausbehandlung erkennen lernen. Die Krankenkassen würden sich ein großes Verdienst erwerben, wenn sie hier den Bedürfnissen der Hygiene durch verständnisvolle Unterstützung der Kranken durch Rat und Tat entgegenkommen würden. Niemand würde durch diese Seuchentilgung einen größeren Nutzen haben als gerade die Kassen. Leider ist die Krankenkassenpolitik meist eine recht einseitige und arbeitet nicht den Landesversicherungsanstalten in die Hand. Beide sind in gleicher Weise daran interessiert, daß die Krankheiten möglichst abortiv geheilt werden, denn beide werden durch Komplikationen und Rezidive in starkem Maße in Anspruch genommen. An dieser Stelle soll aber nicht auf die Möglichkeiten eingegangen werden, die sich für ein gemeinsames Zusammenarbeiten ergeben. Hier sei nur daran erinnert, daß beachtenswerte Anfänge z. B. in den Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten vorliegen.

Es erhebt sich die Frage: Wie soll dem Publikum die Aufklärung vermittelt werden? M. E. sind hier die Beratungsstellen die geeignetste Instanz. Da sie — wenigstens in der Regel — nicht behandeln, können sie sehr wohl öffentlich auf die Notwendigkeit fachärztlicher Hilfe hinweisen. Tatsächlich tun sie es schon heute, aber sie könnten noch mehr Regsamkeit entfalten. Es liegt nahe, daß eine derartige Regsamkeit als Reklame angesehen wird. Ein solcher Vorschlag mag daher unwissenschaftlich und geschäftsmäßig klingen. Aber darauf kommt es gar nicht an; der Erfolg entscheidet. Die Rührigkeit der Beratungsstellen kann in verschiedener Weise zur Geltung kommen. Zunächst in Anschlägen an geeigneter Stelle und in geeigneter Form. Ob man ein Standesamt, wo ich ein solches Plakat sah, gerade zu den geeigneten Orten zählen soll, erscheint allerdings fraglich. Zweckmäßiger dürften öffentliche Bedürfnisanstalten und solche der Vergnügungslokale sein. Vor dem Kriege sah man schon in Frankreich in vielen Pissoirs derartige Plakate. Auch in manchen deutschen Großstädten ist man dazu übergegangen, diese damit auszustatten. Zu einer zweckdienlichen Reklame gehört auch, daß sie kurz und klar sei. Sie muß so viel Hinweise enthalten, daß jeder sofort orientiert ist, denn viele Kranke scheuen jede Nachfrage, weil sie ein Bekanntwerden ihres Leidens fürchten. Wenn die Beratungsstellen von zentraler Stelle aus Plakate in wechselnder

Reihenfolge beziehen können, wird bei annähernd gleichem Geldverbrauch mehr Erfolg zu erwarten sein, als wenn jede Beratungsstelle ein eigenes Plakat machen läßt, das kaum noch gelesen wird, weil es dem darüberschweifenden Auge schon bekannt ist.

Weiter können die Beratungsstellen viel Gutes dadurch stiften, daß sie Vorträge halten lassen. Dazu scheint es keineswegs erforderlich, daß nur Hautärzte als Vortragende gewonnen werden, denn es wird sonst leicht der Verdacht rege, daß pro domo gesprochen wird. Theoretische und praktische Hygieniker dürften in den Augen des Publikums unbefangener erscheinen. Man denke daran, daß gerade die Hygieniker im Kampf gegen die Tuberkulose häufig zur Aufklärung herangezogen wurden und werden. Es erscheint auch gar nicht nötig, daß einzelne Symptome geschildert werden. Diese werden doch nicht richtig erkannt und gewertet. Im Gegenteil, es wird nur die Zahl derer vermehrt, die zum Arzt mit den Worten kommen: „Ich glaubte, es sei nichts.“ Unter derartigen Gedankengängen pflegen sich die Kranken dann auch selbst zu behandeln und erschweren so dem Arzt die Spirochätendiagnose. Den Infektionsbedrohten wird viel mehr gedient, wenn sie die Gewißheit gewinnen, daß rechtzeitige ärztliche Hilfe sie von den Krankheiten wieder befreien kann. Während des Krieges hatte ich Gelegenheit, deutsche Zivilarbeiter, die fern der Heimat Kriegsseuchen und venerischen Krankheiten stark ausgesetzt waren, in regelmäßigen Abständen zu belehren. Die hier geschilderten Belehrungen machten sich dadurch geltend, daß ich von einem bestimmten Zeitpunkt an nur noch frische Infektionen zu sehen bekam, und daß die verschleppten Fälle verschwanden. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die ärztliche Tätigkeit bei Behandlung frischer Fälle an Ansehen bezüglich ihres Vermögens, die Seuchen einzudämmen, gewinnt.

Auf die spezielle Tätigkeit der Beratungsstellen kann hier nicht eingegangen werden. Es sei nur noch daran erinnert, daß durch die Erfassung der Infektionsquellen sehr viel zur Eindämmung der Seuchen getan werden kann. Jede Beratungsstelle sollte hier spezielle Kräfte ausbilden. Leider ist das gewaltige endemiologische Material, was hier zusammenkommt, m. W. noch nie von fachkundiger Seite bearbeitet worden. Hier ließen sich viele Gesichtspunkte über die Infektionswege und ihre Eindämmung gewinnen.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen mit besonderer Berücksichtigung Kristianias.

Von

Hans Haustein.

Die seit 1842 bestehenden Strafbestimmungen gegen das gewerbsmäßige Betreiben der Unzucht im Verein mit der dazu im Gegensatz stehenden Duldung der Prostitution durch ihre Reglementierung, sowie durch die Tolerierung der Bordelle — führten in Norwegen in den achtziger Jahren zu einer auf religiöser und ethischer Basis ruhenden starken Oppositionsbewegung. Indessen führte die Bewegung nicht dazu, das Gesamtproblem in seiner ganzen Weite und Tiefe aufzurollen, noch wurde damals die hygienische Seite der Frage überhaupt in Betracht gezogen. Die öffentliche Meinung war jedoch so stark beeinflußt, daß damit der Boden bereitet war für die Aufhebung der Bordelle, die durch Erlaß des Justizdepartements vom 16. Mai 1884 verordnet wurde. Wenige Jahre später, am 16. Dez. 1887, wurde verfügt, daß die bislang von der Polizei über die Verbreitung der venerischen Krankheiten geübte Kontrolle, die darauf sich stützenden Kontrolluntersuchungen und die damit zusammenhängenden Vorschriften, vom 15. Februar 1888 an aufzuhören hätten. Gleichzeitig sollten von den Gesundheitsämtern alle ihnen im Sinne der neuen Sachlage gebotenen Maßnahmen getroffen werden. Damit war die 1840 eingeführte Reglementierung der Prostitution aufgehoben. Es sei hervorgehoben, daß das Jahr 1888 sich durch eine Minimalzahl von Geschlechtskranken auszeichnet.

Nachdem dann vom Ende der achtziger bis zum Ende der neunziger Jahre ein bemerkenswerter Wiederanstieg der Geschlechtskrankheiten eintrat, begann unter den Ärzten aufs neue starke Stimmung für die Einführung einer regelmäßigen ärztlichen Überwachung Platz zu greifen, die jedoch nicht mit einer eigentlichen Reglementierung verbunden werden sollte. Die Forderung der Ärzteschaft verstummte aber allmählich in dem Maße, wie die Kurve der Geschlechtskrankheiten sich senkte.

Die Prostitutionsfrage, wie die Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten überhaupt, wurde von neuem Gegenstand der allmeinen Aufmerksamkeit, als das 1890 zur Reform des norwegischen Strafgesetzbuches eingesetzte Komitee Stellung nahm zu dem vom Reichsadvokaten Getz ausgearbeiteten Entwurf eines „Gesetzes über Vagabondage“ und „Trunkenheit“ und zum Gesetz „gegen die öffentliche Unsittlichkeit und gegen den Venerismus“. Während die beiden erst-

genannten Entwürfe 1902 und 1900 Gesetz wurden, wurde der letzte vom Storting abgelehnt.

Im Vorschlag von Getz war die gesetzliche Festlegung der in Kristiania geltenden Maßnahmen gefordert worden, jedoch mit der wichtigen Abänderung, daß die Behandlung venerisch Kranker vom Staat bezahlt werden sollte. Ferner sollte die Gesundheitskommission die Berechtigung erhalten, die Untersuchung aller derjenigen zu verlangen, die als Ansteckungsquelle angegeben würden, soweit den Betreffenden nachgewiesen sei, gewerbsmäßige Unzucht betrieben oder an Lues gelitten zu haben. Gleichzeitig sollten diejenigen einer Untersuchung unterworfen werden, die, in Verbindung mit der Prostitution stehend ein Vergehen oder Verbrechen begangen hätten, und hierzu sollten auch die zählen, die andere der venerischen Infektion ausgesetzt oder sie angesteckt hätten. Weiterhin wurde die Möglichkeit gegeben, die Zwangsuntersuchten einer regelmäßigen Kontrolle zu unterwerfen, solange die Gefahr eines Krankheitsrezidivs bestehe.

Die Nichtannahme dieses Gesetzentwurfs hat es mit sich gebracht, daß auch weiterhin die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht einheitlich geregelt wurde, sondern nur auf Grund des „Gesetzes über Gesundheitskommissionen (Gesundheitsrat) und über Maßnahmen gegen epidemische und ansteckende Krankheiten vom 16. Mai 1860“ Sonderbestimmungen von den einzelnen Kommunen getroffen wurden. Diese Bestimmungen sind stets nur Verordnungen auf Grund dieses ganz losen „Blankogesetzes“, das in seiner weiten Form erlassen wurde, um notwendig werdende Vorschriften jederzeit in Kraft treten zu lassen.

So ist in den meisten Städten, z. B. in Kristiania am 16. Jan. 1888, eine Meldepflicht für alle Geschlechtskranken oder für bestimmte Kategorien verordnet worden. Namentliche Anzeigepflicht besteht für diejenigen Kranken, deren Verhalten zu der Befürchtung Anlaß gibt, daß sie ihre Infektion weiter verbreiten und bei denen deshalb die Notwendigkeit des Eingreifens von Gesundheitskommission oder Gesundheitsrat vorliegt. In solchen Fällen wird im allgemeinen der Patient zwangsweise ins Krankenhaus eingelegt. In einigen Städten ist eine namentliche Meldepflicht nur für Syphilis erlassen, in anderen dagegen weigern sich die Ärzte den Namen der Patienten anzugeben und stehen damit weiteren Maßnahmen hemmend im Wege.

Besondere Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten finden sich nur in einigen Städten: Kristiania hat einen männlichen und einen weiblichen Spezialarzt für die Behandlung unbemittelter Patienten, denen gleichzeitig nach Stadtverordnetenbeschluß vom 6. Dez. 1899 freie Medikamente geliefert werden, angestellt. Diese nehmen auch für die Gesundheitskommission Zwangsuntersuchungen und bei bestimmten Patienten ambulatorische Zwangsbehandlungen vor. In Bergen können kranke Frauen von einer festangestellten Ärztin behandelt werden, während männliche Patienten verschiedenen Spezialisten überwiesen werden. Mit 2000 Kronen jährlich wird zudem das Rettungsheim für Frauen vom Gesundheitsamt unterstützt. In Trondhjem besteht eine Poliklinik für Geschlechtskranke und man sucht die Ansteckungsquellen

aufzuspüren. In Narvik ist ein Teil des Epidemiekrankenhauses zur Unterbringung von Krankheitsverbreitern reserviert.

Freie Behandlung findet zum geringsten Teil auf Rechnung der Armenverwaltung statt. Im allgemeinen auf Rechnungen der Kommunalverwaltungen in Stadt und Land. Hierbei wird in der Regel in liberaler Weise der Begriff „unbemittelt“ gehandhabt; ohne Rücksicht auf ihre finanzielle Lage ,werden jedoch zur Verhütung der Ausbreitung der venerischen Infektion in 15 Städten Patienten behandelt.[1])

Besondere Abteilungen für venerische Kranke bestehen in Kristiania, in Bergen, und ganz kleine (4—10 Plätze) in Frederikstad, Tønsberg, Kristiansand, Stavanger, Narvik. Was die Ausgaben für die Behandlung venerisch Kranker im Krankenhause betrifft, so belaufen sie sich auf 1000 Einwohner berechnet jährlich auf rund 12 Kronen, in den Landgemeinden, während im Durchschnitt aller Städte die Summe auf 141 Kronen ansteigt. Die Gesamtausgaben für die Behandlung der Geschlechtskranken im Krankenhause und zwar für Bemittelte und Unbemittelte, betragen jährlich rund 167000 Kronen.

Am zweckmäßigsten ist die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Kristiania geregelt, doch steht man auch hier zurzeit vor der Frage, ob im Rahmen einer Allgemeindurchführung einheitlicher Bekämpfungsmaßnahmen im ganzen Lande gewisse Erweiterungen vorgenommen werden sollen.

Gemäß den Verordnungen des Gesundheitsamtes für Kristiania vom 14. März 1874 waren die Ärzte zu monatlicher Meldung aller von ihnen in dieser Zeit behandelten Fälle epidemischer oder ansteckender Krankheiten, auch der Geschlechtskrankheiten im ansteckenden Stadium verpflichtet.

Von und mit dem 15. Februar 1888 wurde die Meldepflicht Geschlechtskranker in Kristiania eingeführt und zwar eine namenlose aller in Behandlung kommenden Fälle von weichem Schanker, erworbener und angeborener Syphilis und Gonorrhöe. Diese soll durch tägliche Meldung der neu in die Behandlung kommenden Kranken erfüllt werden. Namentlich zu melden sind die Fälle, durch die eine Weiterverbreitung ihres Leidens zu befürchten ist und diejenigen, welche ihre Behandlung vernachlässigen. Zurzeit wird diese Meldepflicht allgemein so von den praktizierenden Ärzten gehandhabt, daß sie namentlich erst dann melden, wenn sie einen Patienten zur Fortsetzung der unterbrochenen Behandlung oder zur Beibringung einer Bescheinigung über die Weiterbehandlung durch einen andern Arzt erfolglos aufgefordert haben. Die allgemeinen Meldungen, die gleichfalls dem Gesundheitsinspekteur zugehen, werden nicht ganz vollständig erstattet und es ist häufig so, daß Ärzte ihre Meldungen am Monats- oder Jahresende nachholen. So wurden z. B. im Dezember 1920 40 % aller im Jahre 1920 angemeldeten männlichen Gonorrhöefälle gemeldet und zwar 629 von 1548 Fällen; diese Zahlen betragen für die Luesfälle der Männer 175 von 495 also rund 36 %. Von den überhaupt wegen

[1]) Moss, Sarpsborg, Hamar, Lillehammer, Henefoss, Notodden, Kristiansand, Mandal, Bergen, Stavanger, Haugesund, Aalesund, Kristiansund, Trondhjem und Harstad.

15*



venerischer Infektion gemeldeten 2691 wurden 1026 also 38,5 % im letzten Monat bei der Gesundheitsbehörde angezeigt. (Über den Wert der Statistik soll nachher noch ein Wort gesagt werden.) Der Arzt hat des weiteren die Pflicht, die ihm vom Patienten auf Befragen mitgeteilte Ansteckungsquelle an das Gesundheitsamt weiterzumelden. An beide Kategorien namentlich Gemeldeter ergehen von seiten des Gesundheitsinspekteurs Vorladungen zur Herbeiführung einer Untersuchung. Die Formulare haben den folgenden kurzen, unverfänglichen Inhalt: „Sie werden gebeten, sich am ... um .. Uhr im Bureau der Gesundheitskommission einzufinden. gez. Dr. . . . ."; sie werden stets durch einen Amtsboten des Gesundheitsamtes persönlich abgegeben und niemals durch die Post übersandt. Auf den beiden Untersuchungsstellen für Männer und Frauen werden die Gemeldeten, die im allgemeinen der Aufforderung willig Folge leisten, einer Untersuchung, bzw. folgender kostenloser ambulanter Behandlung oder dem Krankenhause zugeführt. Dem Gesundheitsinspekteur steht das Recht zu, Kranke, bei denen die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit besteht, daß sie ihre Krankheit weiterverbreiten auf Grund des § 21 des Seuchengesetzes vom 16. Mai 1860 (Personen, die an bösartigen Krankheiten leiden, deren Weiterverbreitung durch Ansteckung befürchtet werden muß, sind verpflichtet, auf Verlangen der Gesundheitskommission oder der Behörde sich im Krankenhause behandeln zu lassen, so weit sie sich nicht im eignen Heim oder in einer andern Privatwohnung eine nach Erachten des Arztes genügende Pflege verschaffen können ...) auf Kosten der Stadt in ein Krankenhaus einzuweisen.

Die Einweisung ins Krankenhaus erfolgt auf Grund von § 15 des Gesundheitsgesetzes, der besagt: „Die Gesundheitskommission jeder Stadt hat bei Gefahr oder Ausbruch einer epidemischen oder ansteckenden Krankheit alle erforderlichen Anordnungen und Maßnahmen zu treffen. ..... Die Kosten fallen der Kommune zur Last." Einzuweisende Patienten müssen beim Gesundheitsinspekteur ein Formular unterschreiben. „Ich anerkenne: daß ich darüber aufgeklärt worden bin, daß ich zur Verhinderung der Ausbreitung der Ansteckung auf andere ins Krankenhaus eingelegt werde; daß ich, wenn ich das Krankenhaus ohne Erlaubnis verlasse, oder mich anderweitig so aufführe, daß dadurch meine eigene oder anderer wirksame Behandlung zur Vorbeugung der Ansteckung gehindert wird, mich strafbar mache, gemäß § 357 des Strafgesetzbuches, der lautet: ‚Wer die Gesetze oder im Hinblick auf die Gesetze erlassenen Vorschriften zur Vorbeugung oder Bekämpfung ansteckender Krankheiten oder zum Schutz der öffentlichen Gesundheit übertritt, wird mit Geldbuße oder Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft'."

Gleicherweise muß ein wegen Syphilis in die Behandlung eines Arztes kommender Patient die Kenntnis seiner Krankheit, der wahrscheinlichen Dauer seiner Ansteckungsfähigkeit und der in Betracht kommenden Strafgesetze durch Unterschrift anerkennen. In Kristiania ist hierfür folgender amtlicher Vordruck im Gebrauch:

„Ich anerkenne hiermit, daß ich vom Arzte Dr. . . . aufgeklärt worden bin, 1. daß ich Syphilis habe, 2. daß meine Krankheit wenigstens ... Jahre

ansteckend ist, selbst wenn ich in dieser Zeit keine Anzeichen meiner Krankheit merke oder mich gesund fühle, 3. daß es strafbar ist, wenn ich auf irgendeine Weise andere der Ansteckungsgefahr aussetze. Einen Abdruck der §§ 155 und 358 des Strafgesetzbuches erhalten.

Diese Erklärung wird im Falle einer Rechtsstreitigkeit vorgelegt."

Die §§ 155 und 358 des Strafgesetzbuches haben folgenden Worlaut:

§ 155. „Wer, wissend oder vermutend geschlechtskrank zu sein, durch Geschlechtsverkehr oder unzüchtiges Verhalten eine andere Person ansteckt oder der Gefahr der Ansteckung aussetzt, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft.

Die gleiche Strafe trifft den, der dabei mitwirkt, daß jemand, von dem er weiß oder vermutet, daß er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, eine andere Person, wie oben ausgeführt, ansteckt oder der Ansteckungsgefahr aussetzt.

Unter Ehegatten findet gerichtliche Verfolgung nur auf besonderen Antrag des Infizierten statt."

§ 358. „Mit Geldbuße oder Gefängnis bis zu 6 Monaten wird bestraft, wer ohne auf die Ansteckungsgefahr aufmerksam zu machen:

1. ein Kind in Pflege gibt, von dem er weiß oder vermutet, daß es an Syphilis leidet, oder jemand zur Pflege eines solchen Kindes annimmt, oder

2. wissend oder vermutend, an Syphilis zu leiden, Dienst in einem andern Haushalt annimmt oder in seiner Dienststelle verbleibt oder ein fremdes Kind zur Pflege annimmt oder wer hierbei mitwirkt.

Die gleiche Strafe trifft den, der zur Pflege eines Kindes eine Person annimmt oder behält, von der er weiß oder vermutet, daß sie an Syphilis leidet oder wer hierbei mitwirkt."

Auf Grund des § 357

	sind angezeigt worden:	verurteilt worden: zu Gefängnis	zu Geldstrafe
1917	11	3	5
1918	3	nicht aufgefunden	
1919	2	2	

Auf Grund des § 155

	sind strafrechtlich verfolgt: Männer		Frauen	verurteilt Männer		Frauen
1910		?		—	8	—
1911		?		1		3
1912		?		2		2
1913	9	—	16	—	5	—
1914	9	—	18	2		7
1915	—		19	—		7
1916	—		19	—		1
1917	—		4	—		4
1918	—	14	—	—	13	—
1919	—	17	—	—	8	—
1920	—	18	—	—	10	—

Diese Zahlen sind naturgemäß sehr klein, aber allein die Tatsache, daß man sich der strafrechtlichen Verfolgung aussetzt und auch immer wieder Personen bestraft werden, wird manchen Infektionsträger doch von einer Weiterverbreitung seines Leidens abschrecken oder ihn mindestens zur Vorsicht veranlassen.

Die Anzahl der von den Ärzten in Kristiania angemeldeten Fälle

Jahr	Gonorrhöe						Ulcus molle					
	absolute Ziffern			Zusammen in ‰ der Bevölkerungsmenge			absolute Ziffern			Zusammen in ‰ der Bevölkerungsmenge		
	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.
1876			593			7,5						
1877			909			8,5			134			1,3
1878			1040			9,2			166			1,4
1879	951	176	1127	21,2	2,8	9,7	200	114	314	4,4	1,8	2,7
1880	1208	219	1427	21,9	3,4	11,9	265	99	364	4,8	1,5	3,0
1881	1277	199	1468	22,8	3,0	12,0	353	78	431	6,2	1,2	3,5
1882	1140	146	1286	22,4	2,2	10,5	580	127	707	10,3	1,9	5,7
1883	1100	186	1286	19,5	2,7	10,4	257	49	306	4,5	0,7	2,5
1884	1118	142	1260	18,9	2,0	9,8	208	57	265	3,5	0,8	2.1
1885	997	186	1183	16,6	2,6	8,9	175	32	207	2,9	0,4	1,6
1886	1095	99	1194	17,9	1,3	8,1	292	65	357	4,8	0,9	2,7
1887	829	106	935	13,4	1,4	6,9	306	37	343	4,9	0,5	2,5
1888	509	66	575	8,0	0,9	4,1	71	16	87	1,1	0,2	0,6
1889	585	85	670	9,0	1,0	4,6	73	8	81	1,1	0,1	0,6
1890	679	60	739	9,8	0,7	4,8	213	25	238	3,0	0,3	1,6
1891	759	42	801	15,4	0,5	5,1	180	15	195	2,5	0,2	1,2
1892	935	90	1025	12,6	1,0	6,3	192	13	205	2,6	0,2	1,3
1893	1069	97	1166	13,9	1,0	6,9	260	23	283	3,4	0,2	1,7
1894	1283	121	1404	16,0	1,3	8,0	281	29	310	3,5	0,3	1,8
1895	1482	126	1608	17,6	1,3	8,8	387	34	421	4,6	0,3	2,3
1896	1471	149	1620	16,7	1,4	8,4	393	49	442	4,4	0,4	2,3
1897	2031	173	2204	21,6	1,6	10,8	447	46	493	4,8	0,4	2,4
1898	2125	207	2332	20,6	1,7	10,5	433	51	484	4,2	0,4	2,2
1899	1966	191	2157	18,9	1,5	9,5	491	44	535	4,7	0,4	2,4
1900	1871	170	2041	17,9	1,3	8,9	507	43	550	4,8	0,3	2,4
1901	1684	174	1858	16,5	1,4	8,2	292	32	324	2,8	0,2	1,4
1902	1576	159	1735	15,5	1,3	7,6	418	37	455	4,1	0,3	2,0
1903	1570	183	1753	15,7	1,4	7,8	401	39	440	4,0	0,3	2,0
1904	1392	139	1531	14,0	1,1	6,9	347	20	367	3,4	0,1	1,6
1905	1384	139	1523	13,7	1,1	6,7	278	16	294	2,7	0,1	1,3
1906	1108	132	1240	10,8	1,0	5,4	169	14	183	1,6	0,1	0,8
1907	903	112	1015	8,0	0,9	4,4	133	10	143	1,3	0,07	0,6
1908	1055	107	1162	10,5	0,8	4,9	198	21	219	1,8	0,2	0,9
1909	1149	101	1250	10,7	0,8	5,2	172	19	191	1,6	0,1	0,8
1910	1261	98	1359	10,7	0,7	5,5	206	14	220	1,9	0,1	0,9
1911	1373	94	1467	12,2	0,7	5,9	327	27	354	2,9	0,2	1,4
1912	1266	121	1387	11,1	0,9	5,5	147	18	165	1,3	0,1	0,7
1913	1326	137	1463	11,6	1,0	5,8	93	6	99	0,8	0,04	0,4
1914	1135	172	1307	9,9	1,2	5,2	157	14	171	1,4	0,1	0,7
1915	1403	146	1549	12,1	1,0	6,1	228	15	243	1,9	0,1	1,0
1916	1756	174	1930	15,1	1,2	7,6	383	22	405	3,3	0,2	1,6
1917	1514	188	1702	12,8	1,3	6,6	259	14	273	2,2	0,1	1,1
1918	1384	183	1567	11,7	1,2	6,0	219	31	250	1,9	0,2	1,0
1919	1719	262	1981	14,6	1,8	7,7	197	14	211	1,7	0,09	0,8
1920	1548	101	1749	13,0	1,4	6,7	199	24	203	1,5	0,2	0,8

von Geschlechtskrankheiten beträgt für die Jahre 1876—1920:

Syphilis									Alle gemeldeten Fälle von Geschlechtskrankheit					
erworbene			angeborene			Zusammen in ‰ der Bevölkerungsmenge			bei Männern		bei Frauen		Zusammen	
M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	M.	Fr.	Zus.	abs. Zahl	‰	abs. Zahl	‰	abs. Zahl	‰
								5,3					1012	12,8
		297			33			3,1					1373	12,8
		311			31			3,0					1548	13,7
211	154	365	21	15	36	5,2	2,7	3,4	1383	30,8	459	7,3	1842	15,8
268	156	424	21	22	43	5,2	2,8	3,9	1762	31,9	496	7,7	2258	18,9
302	151	453	33	39	72	5,9	2,8	4,3	1965	34,9	467	7,0	2424	19,9
308	188	496	21	23	44	5,8	3,2	4,4	2049	38,5	484	7,3	2533	20,7
175	111	286	21	15	36	3,4	1,9	2,6	1553	27,4	361	5,3	1924	15,5
172	126	298	17	22	39	3,2	2,1	2,7	1515	25,6	347	4,9	1862	14,5
148	123	271	33	29	62	3,0	2,1	2,5	1353	22,5	370	5,1	1723	13,2
163	101	264	25	14	39	3,1	1,6	2,3	1575	25,8	279	3,8	1854	13,9
175	97	272	21	23	44	3,2	1,6	2,3	1331	21,5	263	3,5	1594	11,8
103	109	212	18	14	32	1,9	1,6	1,8	701	11,0	205	2,7	906	6,6
187	107	294	10	22	32	3,0	1,6	2,3	855	13,1	222	2,7	1077	7,5
330	178	508	16	13	29	5,0	2,3	3,5	1238	17,8	276	3,3	1514	10,0
303	170	473	10	10	20	4,4	2,1	3,1	1252	22,3	337	2,8	1489	9,5
355	208	563	9	18	27	4,9	2,6	3,7	1491	20,1	329	3,8	1820	11,3
278	229	507	12	15	27	3,8	2,6	3,2	1619	21,1	364	3,8	1983	11,8
353	193	546	25	17	42	4,7	2,2	3,4	1942	24,2	360	3,8	2302	13,2
518	206	724	26	14	40	6,5	2,2	4,2	2413	28,7	380	3,8	2793	15,2
498	235	733	32	28	60	6,0	2,5	4,1	2394	27,1	461	4,3	2855	14.8
450	233	683	25	25	50	5,1	2,4	3,6	2953	31,5	477	4,4	3430	16,9
565	259	824	25	27	52	5,8	2,4	4,0	3148	30,6	544	4,5	3692	16,7
543	221	764	35	34	69	5,5	2,1	3,7	3035	29,1	490	4,0	3525	15,6
457	195	652	28	26	54	4,7	1,7	3,1	2863	27,4	434	3,3	3297	14,4
432	208	640	23	17	40	4,5	1,8	3,0	2431	23,8	431	3,4	2862	12,7
368	196	564	20	28	48	3,8	1,8	2,7	2387	23,4	420	3,4	2802	12,4
431	183	614	24	20	44	4,5	1,6	2,9	2426	24,2	425	3,3	2851	12,7
355	154	509	26	34	60	3,9	1,5	2,6	2120	21,3	347	2,7	2467	11,1
340	128	468	24	26	50	3,6	1,2	2,3	2026	20,0	309	2,4	2335	10,3
302	129	431	19	16	35	3,1	1,1	2,1	1598	15,5	291	2,2	1889	8,2
251	123	374	10	25	35	2,5	1,2	1,8	1297	12,6	270	2,2	1567	6,8
278	134	412	24	26	50	2,9	1,2	2,0	1555	15,2	288	2,2	1843	7,8
315	142	457	31	27	58	3,2	1,3	2,1	1667	15,5	289	2,2	1956	8,1
332	141	473	27	13	40	3,3	1,1	2,1	1826	15,9	266	1,9	2092	8,6
356	163	519	19	17	36	3,3	1,3	2,2	2075	18,4	301	2,2	2376	9,6
372	164	536	22	18	40	3,5	1,3	2,3	1807	15,9	321	2,3	2128	8,5
404	169	573	27	25	52	3,8	1,4	2,5	1850	16,2	337	2,4	2187	8,7
411	145	556	24	14	38	3,8	1,2	2,4	1727	15,1	375	2,5	2072	8,3
407	178	585	31	16	47	3,8	1,4	2,5	2069	17,8	355	2,5	2424	9,7
631	229	860	28	17	45	5,7	1,8	3,5	2798	24,1	442	3,2	3240	12,7
600	266	866	19	18	37	5,3	2,0	3,5	2392	20,3	486	3,4	2878	11,2
464	213	677	18	20	38	4,1	1,7	2,8	2085	17,7	447	3,1	2532	9,8
656	258	914	11	12	23	5,7	1,9	3,6	2583	22,0	546	3,8	3129	12,1
495	218	713	14	12	26	4,3	1,6	2,8	2256	18,8	455	3,2	2691	10,3

Zur leichteren Übersicht ist in Fig. 1 die Gesamtzahl der angemeldeten Geschlechtskranken in pro mille der gesamten, sowie in pro mille der männlichen und weiblichen Bevölkerung Kristianias angegeben worden. In diesen Kurven stellt das Jahr 1882 das größte Maximum dar und von diesem Jahre an fallen sie bis zu einem Minimum im Jahre 1888. Die Senkung fällt also zum größeren Teil in die Zeit bis zur Abschaffung der Reglementierung. Nach 1888 steigt die Erkrankungsziffer wieder bis zum Jahre 1897, hält sich bis 1900 auf

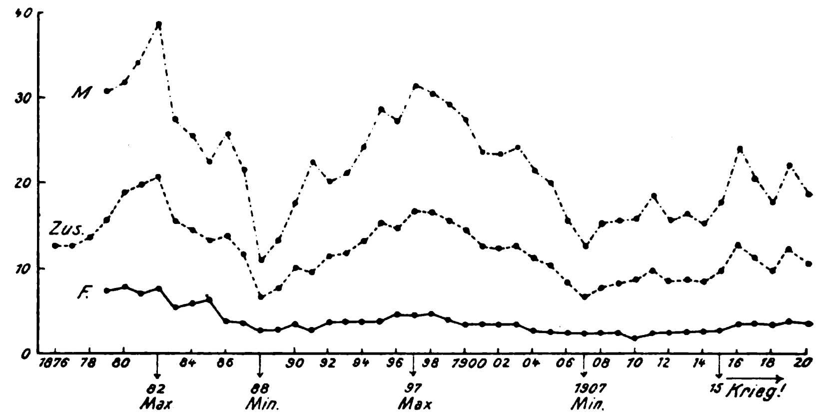


Fig. 1. Die venerisch Kranken in Kristiania in $^0/_{00}$ der männlichen, weiblichen und Gesamt-Bevölkerung von 1876—1920.

beträchtlicher Höhe und erreicht wiederum bis zum Jahre 1907 abfallend ein Minimum, dem bis 1914 eine Zeit anfangs steigender, dann konstanter Tendenz folgt. Die Kriegszeit brachte, insbesondere 1916 und 1919 höhere Werte, doch tritt 1920 ein auch 1921 anhaltender Abstieg ein.

Die Betrachtung der 3 Kurven von Fig. 1 zeigt, daß der Kurventyp für die Geschlechtskrankheiten in Kristiania von der Zahl der erkrankten Männer bestimmt wird, während die aus der Erkrankungszahl der

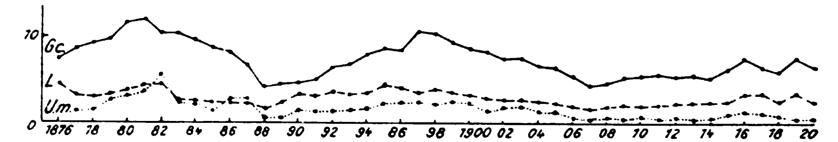


Fig. 2. Die jährliche Erkrankungsziffer an Gonorrhöe, Lues, Ulcus molle in Kristiania in $^0/_{00}$ der Bevölkerungsmenge. 1876—1920.

Frauen sich ergebende Kurve keine besonders ausgeprägtes Bild darstellt. Die Kurve der Geschlechtskranken in Kristiania in pro mille der Gesamtbevölkerung, die für die Zeit vor dem Kriege mehrfach publiziert worden ist, sagt also nur etwas über die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Männern aus, während für die Frauen die Angaben nur mit größter Vorsicht verwendet werden können.

Eine Betrachtung der Zahlen der drei Geschlechtskrankheiten zwischen 1876 und 1920, wie sie Fig. 2 zeigt, unterrichtet über den etwas un-

regelmäßigen Verlauf der Ulcus molle Infektionen, zeigt die nicht in ihren Maxima und Minima ausgeprägte Lueskurve und läßt erkennen, daß nur die Gonorrhöeerkrankungsziffern eine Kurve von bestimmtem Typus darstellen.

Untersucht man (vgl. Figg. 3 und 4) die Erkrankungsziffern der Männer und der Frauen in Kristiania an Gonorrhöe, Lues und Ulcus molle, so sieht man bei den Männern in ausgeprägtestem Maße den unregelmäßigen Verlauf der jährlichen Ulcus molle-Infektionen. In geringem Maße deutet die Lueskurve Maxima und Minima an. Die jährlichen Erkrankungszahlen an Gonorrhöe hingegen zeigen in deutlichster Weise Höhen- und Tiefenpunkte.

Demgegenüber zeigt die Kurve der gemeldeten Gonorrhöefälle der Frauen einen so gleichmäßigen Verlauf und so wenige Ausschläge, daß sie überhaupt nichts aussagen kann. Wie schlecht die Erkrankungs-

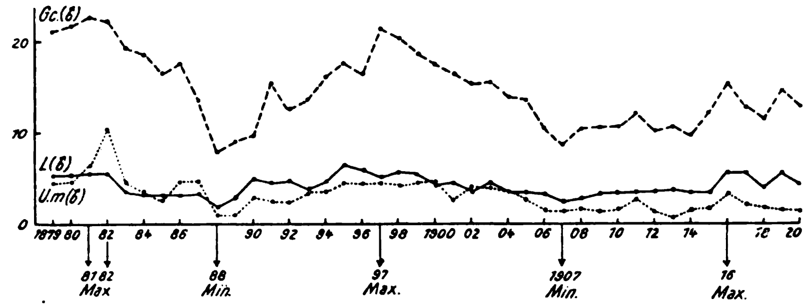


Fig. 3. Die jährliche Erkrankungsziffer (‰) der Männer Kristianias an Gonorrhöe — Lues — Ulcus molle — 1879—1920.

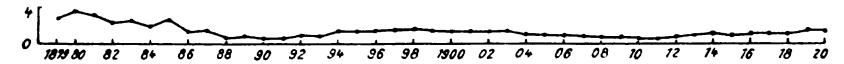


Fig. 4. Die jährliche Erkrankungsziffer (‰) der Frauen Kristianias an Gonorrhöe — 1879—1920.

fälle der weiblichen Gonorrhöe gemeldet werden, geht auch aus dem Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Gonorrhöezahlen hervor; denn im Durchschnitt der Jahre 1911 bis 1920 wurden auf eine weibliche Gonorrhöe acht Fälle bei Männern gemeldet, ein Verhältnis, das ein absolut falsches Bild gibt, denn man muß, nach statistischer und klinischer Erfahrung wenigstens einen Fall bei den Frauen auf drei Fälle bei den Männern in der Großstadt rechnen. Aus dieser Tatsache geht also hervor, daß die meisten an Gonorrhöe leidenden Frauen nicht zur Kenntnis der Gesundheitskommission gelangen, daß demnach von den Gynäkologen, wahrscheinlich aber auch von den Venereologen nur in beschränktem Maße der Meldepflicht nachgekommen wird.

Wenn demnach die Statistik der Geschlechtskrankheiten Kristianias nicht einmal annähernd von absolutem Wert ist, da sie nur ungenau über die Zahl der venerisch Infizierten, besonders aber über die Zahl der Frauen orientiert, so muß natürlich die Frage aufgeworfen werden, was diese Zahlen überhaupt aussagen können. Hat diese Statistik

wenigstens einen relativen Wert? Diese Frage kann einmal beantwortet werden durch einen Vergleich mit den Erkrankungsziffern in ganz Norwegen und dann durch die Untersuchung sozialer Erscheinungen, die irgendwie mit dem Problem der Geschlechtskrankheiten in Beziehung stehen.

Die Erkrankungsziffer an Geschlechtskrankheiten in Norwegen gibt folgende Tabelle, die für die Jahre 1876 bis 1917 die Erkrankungs-

in ganz Norwegen im Jahre	Die Erkrankungsziffer an							
	Gonorrhöe		Lues		Ulcus molle		allen Geschlechtskrankheiten	
	absolut	‰	absolut	‰	absolut	‰	absolut	‰
1876	2009	1,09	1273	0,70	289	0,16	3571	1,95
1877	2578	1,40	1525	0,83	342	0,19	4445	2,41
1878	2716	1,45	1639	0,87	447	0,24	4802	2,57
1879	2783	1,47	1680	0,89	529	0,28	4992	2,64
1880	3486	1,83	1946	1,02	772	0,40	6024	3,15
1881	3594	1,87	2102	1,09	847	0,44	6543	3,41
1882	3540	1,84	2176	1,13	1063	0,56	6779	3,64
1883	3320	1,73	1674	0,87	510	0,27	5504	2,87
1884	3517	1,83	1742	0,91	372	0,19	5631	2,92
1885	3090	1,59	1423	0,73	305	0,16	4818	2,48
1886	3226	1,64	1476	0,75	417	0,21	5119	2,62
1887	2764	1,41	1407	0,71	485	0,25	4656	2,36
1888	2408	1,22	1361	0,69	219	0,11	3988	2,02
1889	2664	1,34	1264	0,60	199	0,10	4127	2,13
1890	3083	1,55	1837	0,92	397	0,20	5317	2,67
1891	3163	1,58	1900	0,95	332	0,17	5395	2,70
1892	3363	1,67	2070	1,03	304	0,15	5737	2,86
1893	3606	1,79	1911	0,95	401	0,19	5918	2,93
1894	3987	1,96	2100	1,03	396	0,20	6483	3,19
1895	4521	2,20	2213	1,08	522	0,25	7256	3,53
1896	4483	2,15	2083	0,99	541	0,26	7107	3,41
1897	4830	2,29	1908	0,90	577	0,27	7315	3,47
1898	5238	2,45	2301	1,08	639	0,29	8178	3,82
1899	5526	2,59	2305	1,06	664	0,31	8495	3,91
1900	5324	2,42	2171	0,99	759	0,35	8254	3,75
1901	5244	2,35	2019	0,91	474	0,21	7737	3,47
1902	5151	2,31	1716	0,77	581	0,26	7448	3,32
1903	5113	2,25	2076	0,92	608	0,27	7797	3,44
1904	4837	2,13	1491	0,66	579	0,23	6907	3,04
1905	4674	2,04	1639	0,72	564	0,25	6877	3,01
1906	4692	2,04	1500	0,66	336	0,15	6528	2,84
1907	4390	1,90	1530	0,66	302	0,13	6222	2,69
1908	5003	2,15	1587	0,68	406	0,17	7016	3,02
1909	5035	2,58	1661	0,71	554	0,24	7250	3,10
1910	5045	2,14	1594	0,69	568	0,24	7207	3,06
1911	5468	2,30	1655	0,69	667	0,28	7790	3,28
1912	5248	2,19	1537	0,64	484	0,20	7269	3,04
1913	5344	2,21	1535	0,65	333	0,14	7212	2,98
1914	4904	2,00	1560	0,64	382	0,16	6846	2,80
1915	5532	2,24	1756	0,71	418	0,18	7707	3,12
1916	6666	2,67	2136	0,85	498	0,20	9300	3,72
1917	5728	2,23	2281	0,89	564	0,22	8573	3,34

ziffer an Gonorrhöe, Lues, Ulcus molle und an allen Geschlechtskrankheiten zusammen in absoluten Zahlen und berechnet auf 1000 der Gesamtbevölkerung umfaßt.

Die sich aus diesen Zahlen ergebenden Kurven sind in Fig. 5 zusammengestellt.

Die Kurve der jährlichen Erkrankungsziffer an Geschlechtskrankheiten zeigt den gleichen Kurventyp wie diejenige Kristianias. Das erste Maximum liegt im Jahre 1882, das zweite 1899, das dritte 1916; die Minima bilden die Jahre 1888 und 1907. Auch hier gibt die Gonorrhöekurve das charakteristischste Bild. Zeigen also die Kurven für Kristiania und für ganz Norwegen ein gleichmäßiges Steigen und Fallen, so kann dies nicht auf Zufälligkeiten beruhen, sondern es müssen für die Gestaltung beider Kurven bestimmte Bedingtheiten vorhanden sein. Gleichzeitig zeigt diese Gleichartigkeit der beiden Kurven,

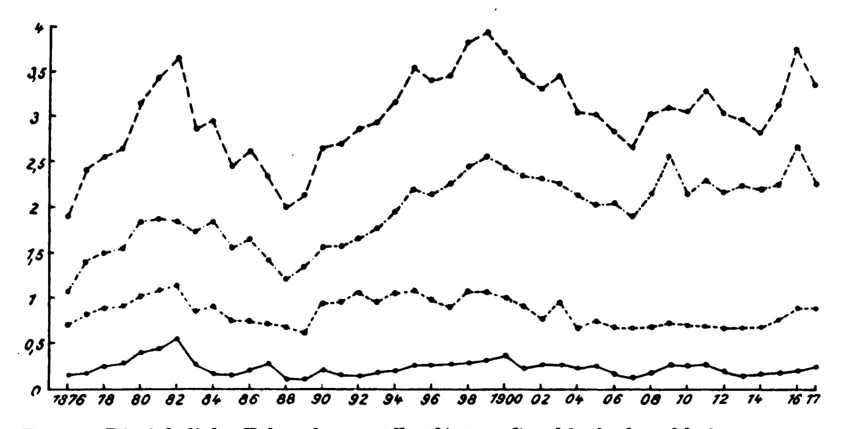


Fig. 5. Die jährliche Erkrankungsziffer (‰) an Geschlechtskrankheiten •- - - -•, an Gonorrhöe •- · - · -•, an Lues • ··· • und an Ulcus molle •—• in Norwegen 1876—1917.

daß trotz der ungenügenden Meldungen der Statistik der Geschlechtskrankheiten in Kristiania und in Norwegen ein gewisser Wert nicht abgesprochen werden kann.

Welche Einflüsse haben nun diese Gestaltung bewirkt? In Betracht kommen vornehmlich die Ausbreitung der Prostitution, die Abschaffung der Reglementierung und die gesamten wirtschaftlich-sozialen Verhältnisse. Da man die Prostitutionsfrage nur betrachten kann im Zusammenhang mit dem jeweiligen ethisch-ökonomischen Niveau — ist doch die Prostitution bis zu einem gewissen Grade ein Produkt starker ökonomischer Gegensätze, das besonders in Zeiten schnellen wirtschaftlichen Aufschwungs sich potenziert — so muß man sich zum Verständnis dieser Frage mit der Wirtschaftslage[1]) Norwegens seit der Mitte der siebziger Jahre beschäftigen.

---

[1]) Nach Einar Einarsen, Gode og daarlige Tider, Kristiania og Kjöbenhavn 1904 und T. H. Aschehoug, Socialökonomik, Kristiania 1908.

Nach der Mitte der siebziger Jahre befand sich Norwegen in einer ökonomischen Niedergangsperiode, in der jedoch die Arbeitslöhne nicht beträchtlich gesunken waren. Von 1879 an begann dann wieder ein Zeitraum des wirschaftlichen Aufschwungs, der 1882 zu einer Maximalkrise führte. Das Jahr 1882 ist charakterisiert durch höchste Produktion im Gruben- und Hüttenbetrieb, durch starke Ausfuhr von Holz und unverarbeiteten Mineralien und bedeutenden Export von Fischereiprodukten und Textilien. In den Jahren 1887 und 1888 folgte dann eine Minimalkrise, der dann erneut ein wirtschaftlicher Aufschwung folgte, der insbesondere 1895 und mit steigender Wirksamkeit in den folgenden Jahren bis etwa 1899/1900 bemerkbar war, als die großen Faillissements begannen. Diese geschäftliche Hochkonjunktur die „jobbetid“ war hauptsächlich gekennzeichnet durch die Anlegung vieler Fabriken, jedoch sprach bei dieser Bautätigkeit die Spekulation in erheblichem Maße mit und gab der Zeit das Gepräge. Besonders in Kristiania, in geringerem Maße in Bergen und Trondhjem wurde diese Bautätigkeit übertrieben. 1899 hatte die Krise ihren Höhepunkt erreicht und endete mit einem allgemeinen Krach, als zwei Banken und ein großes Handelshaus in Konkurs gerieten, denen in den nächstfolgenden beiden Jahren sechs erst 1897 gegründete private Aktienbanken folgten. Da ihre Aktionäre über das ganze Land verteilt waren, zogen die Konkurse weite Kreise. Von 424 Konkursen im Jahre 1898 stieg die Zahl auf 876 im Jahre 1900 und auf 932 im Jahre 1903. Die damit einsetzenden schlechten Zeiten hielten bis zum Jahre 1907 an; darnach begann allmählich eine neue wirtschaftliche Erholung, die schließlich in die für die neutralen Staaten fetten Kriegsjahre überging. 1920 folgte ihnen ein merkliches wirtschaftliches Abflauen in der Hauptsache dadurch bedingt, daß Industrie- und Schiffahrtskapitalien in zurzeit nicht ausnutzbaren Werten (Schiffen, Fabriken usw.) angelegt sind — und die hohe Valuta den Export und damit auch die Produktion mehr und mehr unterbindet.

Die wirtschaftlichen Maxima und Minima fallen also auffallend genau mit denen der Kurve der Geschlechtskrankheiten zusammen, so daß die Abhängigkeit der beiden voneinander unzweifelhaft daraus hervorgeht. Steigen doch auch in guten Zeiten — speziell indessen in „Schieberzeiten“ — allgemein Auslebebedürfnis und damit Nachfrage wie Angebot der Prostitution, Zusammenhänge, die sich besonders gut in der Großstadt studieren lassen. Der durchgeführte Vergleich macht es gleichfalls wahrscheinlich, daß die Statistik der Geschlechtskrankheiten mindestens von relativem Wert ist. Denn wenn dauernd ein mehr—weniger gleicher Prozentsatz von Fällen jährlich ausfällt, so erhält man wenigstens eine Kurve, die uns wichtige Fingerzeige für den jeweiligen Umfang der venerischen Infektion gibt. Diese Wahrscheinlichkeit kann zu einer relativen Sicherheit werden, wenn man die Übereinstimmung des Verlaufs dieser Statistik nicht nur mit einer Tatsachenreihe, sondern mit mehreren nachweisen kann. Dazu müssen sicher fundierte Statistiken über Tatsachen verglichen werden, die ihrerseits mit den Geschlechtskrankheiten und der ökonomischen Lage in irgendeinem Zu-

sammenhange stehen. Der enge Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten und zwischen Prostitution und Verbrechertum weist uns den Weg, einmal die Verbrechenstatistik zu untersuchen und dann die Statistik der Vergehen, bei denen ja die Trunkenheitsvergehen in Norwegen die Hauptrolle spielen. Hierüber unterrichten z. B. die Zahlen von 1910—1916.

1910	waren	von	49368	Vergehen	40387	Trunkenheitsvergehen
1911	„	„	56931	„	41342	„
1912	„	„	60491	„		„
1913	„	„	63875	„	55677	„
1914	„	„	59512	„	49132	„
1915	„	„	63964	„	52057	„
1916	„	„	75429	„	62281	„

Wie andrerseits die Trunkenheitsvergehen selbst abhängen von der Menge des Alkoholverbrauchs, der in guten Jahren besonders stark ist,

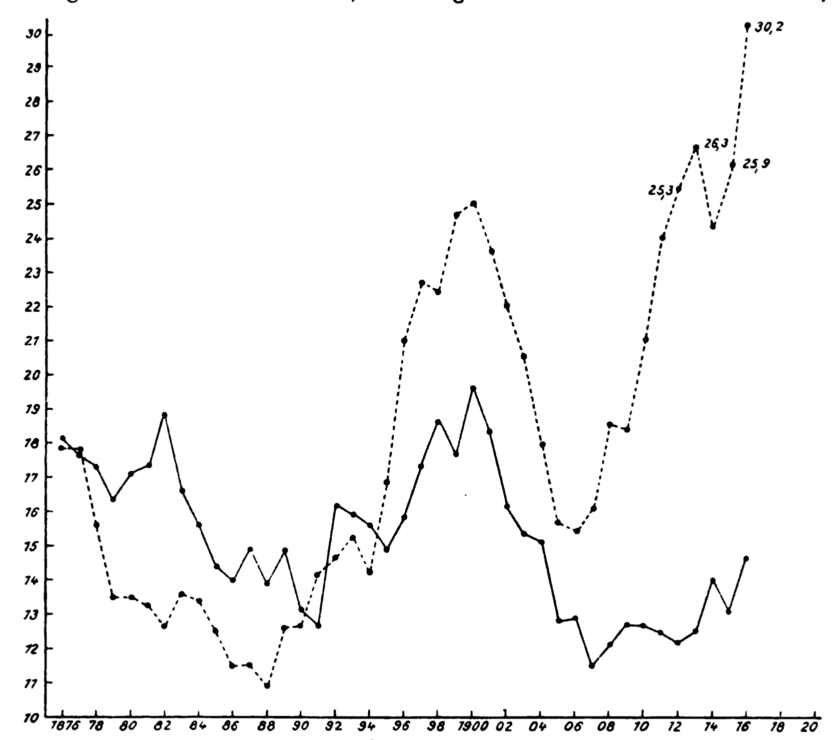


Fig. 6. Zahl der Verbrechen auf 10000 und Zahl der Vergehen auf 1000 der Bevölkerung 1876—1916.

das zeigt folgende Tabelle, die für 1896 bis 1902 den Gesamtverkauf der Branntweingenossenschaft in Kristiania von Branntwein und Bier sowie Angaben über die wegen Trunkenheit in Verbindung mit anderen Vergehen Verhafteten zusammenstellt.

Jahr	Wegen Trunkenheit in Verbindung mit anderen Vergehen Verhaftete	Gesamtverkauf in der Branntwein-genossenschaft Kristiania	
		von Liter Brannt-wein	von Liter Bier
1896	19359	368658	343598
1897	21521	396117	481113
1898	19482	483465	433102
1899	22176	544100	479672
1900	19984	494978	436212
1901	17083	461603	334842
1902	13734	422958	325259

Zahl der in den Jahren 1876 bis 1916 wegen Vergehen und Verbrechen bestraften Personen.

Im Jahre	Wegen Verbrechen Bestrafte abs. Zahl	Wegen Verbrechen Bestrafte °/ooo	Wegen Vergehen Bestrafte abs. Zahl	Wegen Vergehen Bestrafte °/oo
1876	3320	18,1	32740	17,91
1877	3271	17,7	33036	17,83
1878	3254	17,3	29324	15,61
1879	3097	16,3	25782	13,53
1880	3277	17,1	25769	13,47
1881	3318	17,3	25369	13,26
1882	3592	18,8	24263	12,70
1883	3185	16,6	25977	13,56
1884	3012	15,6	25814	13,37
1885	2803	14,4	24382	12,52
1886	2742	14,0	22590	11,51
1887	2932	14,9	22664	11,49
1888	2753	13,9	21755	10,99
1889	2938	14,8	24926	12,58
1890	2603	14,2	25248	12,58
1891	2548	13,9	28360	14,04
1892	3252	16,2	29528	14,69
1893	3208	15,9	30660	15,18
1894	3173	15,6	28825	14,20
1895	3044	14,8	34626	16,85
1996	3298	15,8	43733	20,99
1897	3644	17,3	47849	22,68
1898	3985	18,6	47922	22,40
1899	3838	17,7	54459	24,66
1900	4305	19,6	55187	24,99
1901	4067	18,3	52656	23,63
1902	3602	16,1	49236	21,98
1903	3480	15,3	46555	20,52
1904	3442	15,1	40798	17,93
1905	2920	12,8	35795	15,66
1906	2970	12,9	35429	15,43
1907	2654	11,5	37289	16,17
1908	2817	12,1	43045	18,54
1909	2967	12,7	42858	18,33
1910	2982	12,7	49368	20,98
1911	2952	12,5	56931	24,01
1912	2925	12,2	60491	25,28
1913	3045	12,5	63875	26,29
1914	3424	14,0	59512	24,26
1915	3219	13,1	63964	25,94
1916	3639	14,6	75429	20,30

Die Vergehen und Verbrechen sind für die Jahre 1876 bis 1916 in vorstehender Tabelle in absoluter wie in relativer Zahl gegeben. Aus ihnen ergeben sich die Kurven der Fig. 6.

Für die Verbrechen finden sich 1882 und 1900 Maxima, und 1888, 1891 und 1907 Minima. Also auch hier ein ganz gleicher Kurventypus wie für die Geschlechtskrankheiten. Auch die Kurve für die Vergehen verläuft bis auf das fehlende Maximum 1882 gleichsinnig.

Wenn demnach die stärkere und geringere Zahl venerischer Infektionen so deutlich zusammenfällt mit dem Stande der allgemeinen wirtschaftlichen Lage, mit der Höhe der Zahl der Alkoholvergehen und der Größe des Alkoholverbrauchs, mit der Menge der Vergehen und Verbrechen, dann kann der gleichfalls Übereinstimmung aufweisende Verlauf der Kurven für die Geschlechtskrankheiten in Kristiania und in ganz Norwegen kein zufälliger sein und man ist berechtigt, die gemeldeten Infektionen als Index für den jeweiligen Stand der Geschlechtskrankheiten zu bezeichnen.

Zurzeit befinden wir uns nach dem Aufhören des Einflusses der Kriegshochkonjunktur wieder in den Zeiten geminderter Infektionshäufigkeit. Die Zeiten des Anstiegs, in denen die Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stets besonders aktuell ist, ist jetzt in Norwegen zwar vorüber, aber die Kriegserfahrung hat dieses Problem wieder ins Rollen gebracht und augenblicklich beschäftigt sich eine Kommission mit der Frage, wie mittels staatlicher und legislativer Maßnahmen am besten der Kampf wider den Venerismus geführt werden kann. Nach allem, was Verfasser erfahren konnte, wird man auch in Norwegen ein Gesetz erlassen, daß dem schwedischen ähnlich ist. Man wird für ganz Norwegen die bereits in Kristiania seit Jahren wirksamen Vorschriften verallgemeinern, d. h. eine allgemeine namenlose Anzeigepflicht aller Geschlechtskranken einführen, eine beschränkte namentliche Meldepflicht für Infektionsquellen und solche Patienten, die ihre Behandlung vernachlässigen und man wird die Behandlungsmöglichkeit jedem Geschlechtskranken sicherstellen und zwar auf Kosten der Staatskasse und nicht mehr auf Kosten der Gemeinden, wodurch manche Härte vermieden werden wird.

Tagesgeschichte.

Prostitution in China.

In China gehört die Prostitution zu den vielen sozialen Problemen, deren Sanierung seit vielen Generationen vernachlässigt worden ist. Erst in den letzten Jahren hat sich eine Gruppe von Männern und Frauen — Eingeborenen und Ausländern — zusammengefunden, die mit erzieherischen und gesetzgeberischen Mitteln dem Übel steuern wollen. Ein besonderes Komitee hat sich die Übersetzung des Stokeschen Werkes „To-day's World Problem in Disease Prevention" ins Chinesische angelegen sein lassen, um durch seine Verbreitung Interesse an der Frage zu wecken.

Der Vorsitzende des China Continuation Commitee — Rev. Frank Rawlinson — der sich im besonderen mit dieser Frage beschäftigt hat und eine Studie über den Umfang der Prostitution in China schrieb, veröffentlichte im Augustheft des Social Hygiene Bulletin einen Bericht, der auf einer Sonder-Enquête unter chinesischen Ärzten basiert und dem wir folgendes entnehmen. Die Antworten betrafen 71 Städte in 14 chinesischen Provinzen und der Mandschurei. Das Ergebnis der Umfrage darf daher nicht auf ländliche Bezirke übertragen werden. Offiziöse statistische Zahlen sind überhaupt sehr schwer zu erhalten und die gegebenen Zahlen bieten daher nur ein ungefähres Bild in einigen der typischen städtischen Zentren.

Es scheint, daß der Umfang der gewerbsmäßigen Prostitution weder an die Bevölkerungsziffer noch an die Lage des Ortes gebunden ist; denn einzelne kleinere Städte weisen einen größeren Umfang auf; Hafenstädte sind nicht alle gleich schlecht; in einigen Dörfern lebt fast die ganze Einwohnerschaft von der Prostitution ihrer Frauen und Mädchen, deren Kundenkreis hauptsächlich Seeleute sind.

Im allgemeinen leben die Prostituierten frei, nur in Sianfu sind sie kaserniert, die Tore werden dort sogar von Soldaten bewacht. In Peking sind die Bordelle auf bestimmte Bezirke beschränkt, manchmal „Lu" genannt, in einigen anderen Orten werden sie nur außerhalb der Stadtmauern geduldet.

Über den Straßenstrich berichteten 46% der Referenten, daß keiner bestand, 17% ganz wenig und 37% antworteten mit ja. Unzweifelhaft besteht Strich, wenn auch nicht überall, so doch an vielen Orten. Shanghai hat in dieser Beziehung keinen guten Ruf.

Zum Kundenkreis der Bordelle gehören mehr noch als Soldaten reisende Kaufleute. Interessant ist, daß, wie eine Krankenhausstatistik aus Soochow und Peking zeigt, die Soldaten durchaus nicht die höchste Erkrankungsziffer aufwiesen. (Bei dieser Statistik wurde zum erstenmal die Wassermannsche Reaktion in China angewandt.)

In 42% der Fälle wird berichtet, daß weder für Bordelle noch für Prostituierte eine Steuer bestand. 49% zahlten direkt oder indirekt eine feste Abgabe. Diese richtet sich nach der Klasse, der die Mädchen angehören; in manchen Orten sind die Mädchen in drei oder vier Klassen eingeteilt. Der Preis der ersten Klasse „Sing-song girls" variiert zwischen 3 und 20 Dollar monatlich, der der zweiten Klasse zwischen 3 und 12 Dollar, der der anderen Klassen zwischen 20 und 50 Cents. Zu den „erstklassigen" Prostituierten gehören auch die Wirtinnen, ihre Gebühren sind die höchsten. In der öffentlichen Meinung in China werden sie allgemein zu den Prostituierten gerechnet, und sie selbst zählen sich wohl zu ihnen, denn sie erhoben kaum Widerspruch als sie bei dem kürzlichen Prostitutionsreglement in Shanghai als Prostituierte eingeschrieben wurden.

Die meisten Prostituierten sind in Wirklichkeit „Sklaven", das Schuldensystem ist vorherrschend, gestohlene Kinder und Waisen werden die Opfer dieses Handels. Auf die Verführung Minderjähriger steht sowohl Prügel- wie Gefängnisstrafe. Nach dem Gesetz wird ferner bestraft, „wer eine weibliche Person von ‚anständigem' Charakter zum Verkehr mit einer dritten Person verleitet"; nicht berücksichtigt ist dabei die Bestrafung derjenigen, welche zum Zwecke der Prostitution mit Mädchen und Frauen handeln. In den letzten Jahren sind auch Maßnahmen getroffen zum Schutze der Prostituierten und zur Überwachung der Bordelle. Diese Reglements sind eigentlich für das ganze Land bestimmt, werden aber nicht überall durchgeführt. Immerhin treibt die Tatsache ihrer Existenz China in ein Fahrwasser der Reglementierung der Prostitution und das gerade zu einer Zeit, wo Europa beginnt, diese Reglementierung abzuschütteln.

Zur Frage, wie die öffentliche Meinung sich zu dem Prostitutionsproblem stelle, antworteten 68% „gleichgültig". Informationen aus anderen Quellen hingegen zeigen, daß die gewerbsmäßige Prostitution nicht gebilligt, im Gegenteil als antisozial erkannt wird und es nicht schwer fällt, die öffentliche Meinung gegen sie aufzurütteln. So sagt auch der chinesische Forscher, Dr. K. C. Wong, daß die Prostitution selbst unter den günstigsten Verhältnissen in China verurteilt wird, und daß bezüglich der sittlichen Seite dieser Frage keine unterschiedliche Meinung bestehen kann, zumal in China die Keuschheit als eine der ersten Tugenden der Frau angesehen wird.

Auf der anderen Seite ist die öffentliche Meinung in China gerade in dieser Frage noch ganz unaufgeklärt. Auch verzögert das schwache Verantwortungsgefühl der Behörden die Bekämpfung der Prostitution. Doch zeigt das Vorgehen des General Feng, der die Bordelle in Changteh schließen und ihre Insassen ausweisen ließ, sowie die Verweigerung der öffentlichen Anerkennung der gewerbsmäßigen Unzucht in Hangchow als

Resultat eines öffentlichen Protestes die Möglichkeit, die Beteiligung der Bevölkerung an diesem Kampfe zu gewinnen. In Takhing verbrannte vor 30 Jahren das Volk die Blumenboote, vertrieb die Prostituierten, und seit jener Zeit ist keine Lizenz für Prostitution wieder erteilt worden. Solche Aktionen zeigen, daß die Prostitution schon damals als schädlich erkannt ist.

Sozialhygienische Maßnahmen sind noch recht wenig organisiert. Chinesen und Missionare haben in Foochow, Shanghai und Nanking Maßnahmen zur Bekämpfung der Prostitution getroffen. In Kaifeng und Sianfu sind chinesische Zufluchtsheime, in einigen anderen Städten sind solche von der Polizei eingerichtet. In Shanghai ist das Haus „Door of Hope" (Tor der Hoffnung) zu erwähnen, aber im allgemeinen ist die Fürsorge für die Opfer des soweit verbreiteten Handels noch ganz in den Anfängen. Doch ist Hoffnung, daß die steigende Notwendigkeit für fürsorgerische Maßnahmen auch hier die begonnene Arbeit fortsetzen wird.

M. Balte.

Albert Neisser-Preis.

Unter der Bezeichnung „Albert Neisser-Preis" setzt die D.G.B.G. einen alle zwei Jahre am Gründungstage der Gesellschaft vom Jahre 1921 ab auszahlbaren Betrag von 2000 ℳ für die besten im Laufe der beiden vorangegangenen Jahre erschienenen Arbeiten zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten aus; anfangend für die Jahre 1919/20.

Die zur Preiszuteilung berechtigten Arbeiten sollen alle irgendwie mit dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten sich befassenden Fragen aus medizinischem, juristischem, volkswirschaftlichem und ethischem Bereich behandeln dürfen. Die Entscheidung über die Zuteilung des Preises erfolgt durch eine vom Ausschuß gewählte Kommission unter Berücksichtigung der verschiedenen in Betracht kommenden Wissensgebiete. Näheres durch die Geschäftsstelle der D.G.B.G., Berlin W 66, Wilhelmstraße 45.

Referate.

Goldberg, Kleine Urologie. Verlag Kabitzsch. Leipzig 1922.

Das Volumen des Buches steht im umgekehrten Verhältnis zur Masse seines Inhaltes. Verf., der als praktischer Urologe einen Namen

hat, handelt die gesamte Urologie sozusagen im Telegrammstil ab. In manchem können wir uns sachlich nicht mit ihm einverstanden erklären. Warum z. B. soll die frische weibliche Gonorrhoe nicht lokal behandelt werden! Beim Kapitel „Urethroskopie" vermissen wir die Erwähnung des Goldschmidtschen Urethroskops. Aber auch so wird das Buch dem Praktiker gute Dienste zu schneller Information leisten.

Felix Moses.

Blaschko, A., † Hygiene der Geschlechtskrankheiten. Bd. VIII. Abh. 2 von Weyls Handbuch der Hygiene. 2. Aufl. Verlag J. A. Barth, Leipzig 1920. Preis 45,60 M. und Teuerungszuschlag.

Im Jahre 1893 gab Blaschko seine erste zusammenfassende Abhandlung über Syphilis und Prostitution heraus und propagierte damit in Deutschland als erster die Frage über die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, ihre Quellen und ihre Bekämpfungsmöglichkeiten. 1900 erschien das Buch in erweiterter Form als Beitrag zum Weylschen Handbuch der Hygiene, und nun liegt es in 2. Auflage als Hygiene der Geschlechtskrankheiten vor uns, die Frucht einer fast 30jährigen ununterbrochenen Arbeit auf dem Gebiete der Volksseuchen. Als Blaschko zuerst auftrat, stand eine verlogene Moral all diesen Problemen feindlich gegenüber, aber unbeirrt davon ging er seinen Weg, mit einer kleinen Schar gleichgesinnter Ärzte brachte er 1899 eine internationale Konferenz „pour la prophylaxie sanitaire et morale" in Brüssel zustande, und von da ab setzte in allen Kulturländern allmählich eine Aktion ein, die das Problem der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit allen Mitteln in Angriff nahm. In Deutschland sind die Namen Blaschko und Niesser mit dieser Bewegung ewig verbunden. Was speziell Blaschko an Kleinarbeit dabei geleistet hat, was er an Vorurteilen zu bekämpfen hatte, und wie er so zum geistigen Zentrum der ganzen Organisation wurde, die sich 1902 zur Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kristallisierte, können vielleicht nur die wirklich ermessen, die das Glück hatten unter und mit ihm zu arbeiten. Der Staat hatte es sich in früheren Zeiten recht bequem gemacht, er glaubte mit der polizeilichen und ärztlichen Überwachung der Prostitution, sei die Arbeit getan, und zweifellos waren früher die Verhältnisse auch einfacher und übersichtlicher; mit der Verschiebung der sozialen Verhältnisse, mit fortschreitender Industrialisierung der Bevölkerung und dem rapiden Wachstum der Großstädte, überhaupt der Veränderung der sozialen Strukturverhältnisse wuchs die Menge der Probleme aber ins ungemessene. Die eigentliche Prostitution trat als Infektionsträgerin mehr und mehr in den Hintergrund, ihre Bekämpfung und Sanierung ist nur noch eine Teilfrage des Ganzen; Schulerziehung, Volkswirtschaft, Wohnungsverhältnisse, soziale Lage usw. sie sind alle eng verknüpft mit der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten: Zusammenfassend sagt Blaschko an einer Stelle, daß die Besserung der äußeren Lebensbedingungen von viel wesentlicherer und ausschlaggebenderer Bedeutung im Kampfe gegen diese Leiden ist als alle direkten Bekämpfungsmaßnahmen! Das besiegte Deutschland von heute wird allerdings kaum imstande sein, hier in absehbarer Zeit Besserung zu schaffen,

Wohnungsnot, Verteuerung aller Lebensverhältnisse und die Verelendung immer größerer Massen des Volkes lassen beinahe an der Möglichkeit einer durchgreifenden Gesundung verzweifeln. Können nun dafür gesetzgeberische Maßnahmen, Zwangs- und Strafbestimmungen wirksam eintreten? Aus den oben angeführten Sätzen geht schon hervor, daß Blaschko davon nicht allzuviel hält, sie können vielmehr nur eine untergeordnete Rolle spielen; alle Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bieten kein vollständiges System dieser Bekämpfung, sondern stellen nur einen kleinen ergänzenden Ausschnitt dar. In erster Linie kommen soziale Maßnahmen in Betrachtung, speziell die heranreifende Jugend muß durch naturwissenschaftliche Belehrung, an die sich später eine Aufklärung über die Gefahren des Geschlechtslebens zwanglos anschließt, fürs reale Leben vorbereitet werden, und das kann nur in der Schule geschehen; die Sexualpädagogik dem Elternhaus überlassen, heißt die ganze Frage auf ein totes Gleis verschieben und ihr das Genick brechen.

Die einzelnen Abschnitte des Buches behandeln die Klinik und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, ihre sozialen Ursachen, ihre Beziehungen zur Rasse und Ehe: Das wichtigste, umfangreichste Kapitel bespricht in programmatischer Form die Fragen ihrer Bekämpfung. Ein Anhang bringt den Abdruck einer Reihe meist neuerer ausländischer Gesetze und Propagandamaterial. Blaschko nennt im Vorwort sein Werk einen Versuch, wenigstens einen Überblick über das gesamte Gebiet, sowie über den augenblicklichen Stand unserer wissenschaftlichen Anschauungen und Erfahrungen zu geben. Die Erfahrungen eines Menschenalters voll praktischer Arbeit sind darin niedergelegt, und nur die befähigen bekanntlich dazu, über einen so verwickelten Gegenstand etwas wirklich Wertvolles und Grundlegendes zu schreiben. Es ist daher auch als ein Vorzug zu begrüßen, daß Blaschko von der Besprechung der zahllosen, halbdurchdachten Reformvorschläge, die von vornherein keine Aussicht auf praktische Durchführbarkeit haben, absieht. Neben der Menge des zusammengetragenen Tatsachenmaterials liegt der Wert des Werkes in der Kunst der zusammenfassenden, übersichtlichen Darstellung. Mit Blaschkos Hygiene der Geschlechtskrankheiten sollte sich jeder, sei's Arzt oder Lehrer, sei's Hygieniker oder Politiker, eingehend beschäftigen, wenn er sich dazu berufen fühlt, mitzureden und mitzutun. Möge es dazu beitragen, daß das immer noch in Vorbereitung befindliche Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unbeeinflußt von politischen Parteieinflüssen und moralisierenden Quertreibereien in seiner entgültigen Fassung ein wahrhaftes Gesetz zum Wohle des Volkes wird, das wäre gewiß auch für ihn der schönste Lohn seiner Mühe und Arbeit. W. F.

Fischer, W., Die Beziehungen der extragenitalen Primäraffekte zur Verbreitung der Syphilis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 129, p. 353.

Derselbe, Primäraffekte der behaarten Kopfhaut und ihr Infektionsmodus. Berl. klin. Wochenschr. 1920. p. 1220.

Fischer weist auf die starke Vermehrung der außergeschlechtlichen Syphilisübertragungen hin, die sich in dem vermehrten Auftreten sog.

extragenitaler Primäraffekte dokumentiert. In den meisten Fällen kommen Infektionen durch Speichel vor; die Verschlechterung der Sitten im Verkehr zwischen den Geschlechtern und die Verbreitung des Rauchens unter der halbwüchsigen männlichen und weiblichen Jugend mit dem Weiterrauchen angerauchter Zigarren und Zigaretten führt der Syphilis gewiß zahlreiche Opfer zu. Bedauerlicherweise werden gerade solche Erkrankungen fast nie richtig erkannt und kommen meist erst nach wochenlanger erfolgloser Behandlung in die richtigen Hände. In dieser Hinsicht ist eine bessere Schulung der Ärzte hinsichtlich der Diagnostik der Syphilis unbedingt erforderlich. Einzelne Fälle lassen die Frage offen, ob nicht auch angetrocknete Sekrete noch ansteckungsfähig bleiben; damit würden sich z. B. Ansteckungen durch Papiergeld, Scheren, Bleistifte usw. erklären. Selbst wenn man in Betracht zieht, daß sich vielleicht das prozentuale Verhältnis zwischen genitalen und extragenitalen Infektionen zu ungunsten der letzteren verschoben hat, man also zwar nicht direkt auf eine entsprechend große Vermehrung der Erkrankungen schließen darf, so geht doch aus den vorliegenden Beobachtungen hervor, daß die Syphilis im Begriffe steht, sich neue Übertragungen zu schaffen, die früher in Deutschland eine mehr untergeordnete Rolle spielten. Andererseits unterliegt es keinem Zweifel, daß erst die enorme Steigerung der Lueserkrankungen und ihre Einschleppung in die Familien den Hauptanstoß zur Häufung der außergeschlechtlichen Infektionen gegeben hat. W. F.

Rohleder, H., Vorlesungen über das gesamte Geschlechtsleben des Menschen. Bd. I—IV. Kornfeld. Berlin 1922. IV. Aufl.

Vornehmlich für den Arzt bestimmtes Buch, das eine ausführliche Schilderung des normalen, paradoxen und anormalen Geschlechtslebens bringt. Für die Güte und die Bewährtheit des Werkes spricht seine 4. Auflage bei einem Thema, dessen Lektüre wegen der Eigenart des Stoffes schwer ist. Hier liegt nicht nur eine Fülle ärztlicher Erkenntnisse auf einem heiklen Gebiete vor, sondern gleichsam die Schilderung eines düsteren Sittengemäldes unserer Zeit, in der entarteter Sexualtrieb mit Recht und Gesetz kollidiert.

Der Arzt wird, durch die Erkenntnisse dieser Bücher bereichert, befähigt sein, sexual abnorm oder pervers veranlagte Menschen richtig zu verstehen und zu behandeln. Georg Loewenstein-Berlin.

Casper, L., Lehrbuch der Urologie. Berlin-Wien. Urban und Schwarzenberg. 1921. 3. Aufl.

Das bekannte Caspersche Lehrbuch bedarf in seiner 3. Auflage keiner Besprechung; es hat sich bei Ärztegenerationen bewährt und gibt dem Spezialisten und Praktiker alles, was auf dem Gebiet der Urologie wissenswert ist. Die Neuauflage ist um zwei Kapitel: „Funktionelle Nierenuntersuchung“ und „Nephritiden“ vermehrt und trägt den letzten wissenschaftlichen Ergebnissen Rechnung. 225 instruktive Abbildungen erhöhen die Brauchbarkeit des Buches. Georg Loewenstein-Berlin.

Royster, L. T., Routiner Wassermann bei Kindern. Virginia Medical Monthly. April 1921.

Von 1000 Blutuntersuchungen betrafen 659 Negerkinder, 341 weiße. Im ganzen betraf der Prozentsatz der positiven Fälle 12,5, und zwar bei den Farbigen 15,47%, bei den Weißen 7,04%. Diese Differenzen decken sich mit den bei früheren klinischen Untersuchungen gewonnenen Ergebnissen. A. Blaschko.

Oppenheim, Moritz, Univ.-Prof. Dr., **Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte.** 3. Aufl. Wien, Deuticke, 1922.

Allgemeine und spezielle Pathologie der Haut werden kurz gestreift, der Hauptwert wird auf klinische Beschreibung und Differentialdiagnostik gelegt. Verf. folgt den Ansichten der Wiener Schule, für die das Buch in erster Linie gedacht ist. Hervorzuheben ist die für ein Kompendium ungewöhnlich ausführliche Berücksichtigung der Syphilis. Instruktive Bilder aus den Lehrbüchern Kaposis, Neumanns und Fingers erhöhen den Wert des Buches. Gumpert.

Schlagintweit, Felix, Urologie des praktischen Arztes.

Mit Bildern reichlich ausgestattetes Kompendium für den Praktiker unter Angabe wertvoller technischer Hilfsmittel zur Untersuchung und Behandlung. Verf. hebt das für den praktischen Arzt Wichtigste hervor und bestimmt die Grenzen, die therapeutischen Eingriffen gesetzt sind. Franz Rosenthal.

Oelze, F. W., Untersuchungsmethoden und Diagnose der Erreger der Geschlechtskrankheiten. J. F. Lehmann, München, 1921.

Ein ausgezeichnetes Buch, in dem der Praktiker alles findet, was die neuesten Forschungen zur Diagnose der Geschlechtskrankheiten als feststehend erwiesen haben. Ein breiter Raum ist der Beschreibung des Instrumentariums, besonders dem Dunkelfeldmikroskop gewidmet. Die Forderung einer exakten Untersuchung aller, auch der harmlos aussehenden Genitalaffektionen, durchzieht das Werk, um zu einer möglichst frühzeitigen Diagnose zu kommen. In diesem Sinne werden alle Untersuchungsmethoden eingehend besprochen.

Dem Forscher wird die sehr umfassende Literaturangabe und Zusammenstellung der zur Spirochäten- und Gonokokkenfärbung angegebenen Verfahren sehr willkommen sein. Felix Moses.

Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten durch Selbstschutz. Walter Fiebig Verlag, Berlin, 1922.

Der Wert sachlicher Diskussionen über ungeklärte Fragen, selbst wenn ein absolut befriedigendes Ergebnis nicht zu erwarten ist, wird durch die nun im Druck vorliegenden Verhandlungen, die am 30. September und 1. Oktober 1921 unter Blaschkos Vorsitz stattgefunden haben, erneut bewiesen. Der große Komplex wissenschaftlicher und für die Volksgesundheit unendlich wichtiger Probleme, der sich bei Erörterung der Prophylaxe gegen die Geschlechtskrankheiten ergibt, wird von den Gesichtspunkten der theoretischen und praktischen Medizin, der Sozialpolitik und Sexualpädagogik durch die hervorragendsten und berufensten Sachverständigen erschöpfend behandelt.

An 8 Referate, die über die experimentellen Grundlagen der persönlichen Prophylaxe (Manteufel), die Technik der Prophylaxe beim Manne (Schumacher), bei der Frau (Lesser), die Organisation der Prophylaxe (Blaschko), die Prophylaxe bei den Prostituierten (Lesser) und die Propaganda der Prophylaxe (Galewski), erstattet werden, schließt sich eine lebhafte und ausführliche Diskussion, bei der u.a. Buschke, Grotjahn, Jadassohn, Neufeld, Pinkus, Scherescheweski und Worms, sowie die Vertreter der interessierten Behörden und Vereinigungen zu Worte kommen.

Die Ergebnisse und Methoden der experimentellen Nachprüfung der üblichen Schutzmittel werden eingehend kritisch gewürdigt mit dem Ergebnis, daß wir gegen die Gonorrhöe in den Silbersalzen einen zuverlässigen Schutz haben, aber die Schutzmittel gegen Syphilis noch nicht die Voraussetzungen einer bei sachgemäßer Anwendung unbedingt sicheren Prophylaxe gewähren. Immerhin müssen der Condom, Chinin, Sagrotan, Sublimat, Kalipermanganat, Chlorzink und Wasser und Seife als sehr wirksam gegen die Gefahren der Ansteckung beim geschlechtlichen Verkehr bezeichnet werden. Als wirksamstes Schutzmittel wird übereinstimmend der Gebrauch des Condoms betrachtet. Blaschko fordert in scharf formulierten Leitsätzen die Beseitigung der der Ankündigung und dem Verkauf von antivenerischen Schutzmitteln in den Weg gelegten Schranken; er tritt sowohl für den Selbstschutz durch käufliche Schutzmittel wie für eine möglichst großzügige Organisation der Desinfektionsanstalten ein und empfiehlt regelmäßige Prüfung der im Handel vertriebenen Schutzmittel durch eine halbamtliche Kommission. Fritz Lesser berichtet über die vorbildlichen und erfolgreichen Maßnahmen, die er während des Krieges in Warschau zur Sanierung der dortigen Prostituierten unternommen hat und die Diskussion erörtert, wie weit diese unter dem Zwange des Kriegszustandes getroffenen Vorkehrungen sich für normale Verhältnisse verwerten lassen. Bei Besprechung des Referates von Galewsky über die Propaganda treten besonders die schwierigen Fragen der Aufklärung der Jugend vor den ihr durch den geschlechtlichen Verkehr drohenden Gefahren in den Vordergrund.

Dies genüge als Andeutung der Fülle neuer Vorschläge und Anregungen, die aus der Mitte dieser Konferenz hervorgegangen sind. Sie hat das große Verdienst, ein Problem von so eminenter Bedeutung aufs neue zu beleben, die verwirrende Fülle der Meinungsverschiedenheiten zu klären und auszugleichen und auf diese Weise Bahn zu schaffen für kommende Forschung. Gumpert.

Orlowski, P., Die Impotenz des Mannes. Leipzig, C. Kabitsch, 1922. 3. Aufl.

Darstellung der Ursachen und der Therapie der männlichen Impotenz unter besonderer Hervorhebung des Wertes der Colliculus Hypertrophie für die Pathologie und der Colliculus Kaustik für die Therapie der Impotenz; die Darstellung des spröden Stoffes und eine umfangreiches Literaturverzeichnis verdienen hervorgehoben zu werden.

Georg Loewenstein-Berlin.

Wachtel, E., Sonderfälle der Fruchtabtreibung. Leipzig, C. Kabitzsch, 1922.

Versuch, bei der Bestrafung der Fruchtabtreibung einen Mittelweg zu finden, der den jetzigen sozialen und wirtschaftlichen Bedürfnissen und Zuständen entspricht; behandelt wird die Abtreibung der Leibesfrucht; der künstliche Abort und die Perforation auf Grund medizinischer Indikation und die soziale Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung; unter Zugrundelegung der Berechtigung der Abtreibungsbestrafung wird für große Gruppen — Sonderfälle — Straffreiheit verlangt.

Georg Loewenstein-Berlin.

Mc Neil, H. L., Syphilis beim Neger in den Südstaaten. Derm. Wochenschr. 1921. Bd. 72. Nr. 7.

Um über die Verbreitung der Syphilis bei den Negern einen Überblick zu gewinnen, wurden in der Stadt Galveston, Texas, ungefähr 1200 in das John Sealy-Hospital aufgenommene Personen im Alter von 15 Jahren aufwärts ohne Rücksicht auf die vorliegende Erkrankung untersucht. Dabei ergab sich eine positive WR bei 34%. Bei 600 Personen wurde sowohl die WR als die Luetinprobe angestellt; dabei ergab erstere in 35%, letztere in 18% positive Resultate, im ganzen reagierten nach einer der beiden Methoden positiv 42%. Zur annähernden Feststellung des Prozentsatzes erschien jedoch die Untersuchung anscheinend gesunder Personen wichtiger, diesem Zwecke dienten 200 an chirurgischen Krankheiten Leidende, sonst anscheinend Gesunde, sowie ein Teil geburtshilflicher Fälle; hierbei ergaben sich positive Resultate mit der WR bei 24%, mit der Luetinprobe bei 12%, mit einer von beiden bei 28%. Die Verbreitung der kongenitalen Lues wurde an 52 Kindern von 1—12 Jahren untersucht, von denen 9,5% positiv reagierten, woraus der Schluß gezogen wird, daß die überwiegende Mehrzahl der vorkommenden Syphilisfälle erworbene sind. Nach den Untersuchungen des Gesamtmateriales scheinen gewisse Krankheiten in einem, wenn auch nicht direkten Zusammenhange mit Syphilis zu stehen, besonders eine akute oder subakute diffuse Nephritis, spastische Paralysen oder Paresen, Formen von Myokarditis und Leberzirrhose. Fast konstant fand sich Syphilis als Ursache von Aneurysmen, bei eigenartigen Formen von Knochenschmerzen, bei den häufigen Mastdarmleiden der Neger, chronischen Beingeschwüren. Weiße, von derselben sozialen Stellung der Neger, reagierten in dem gleichen Prozentsatz positiv, bei den besseren Klassen ist die Syphilis viel weniger verbreitet. Syphilis ist zweifellos eine der Hauptursachen der Mortalität und Morbidität unter den Negern. Ernst Levin-Berlin.

Poettken, Über Syphilisinfektionen in der zahnärztlichen Praxis. Inauguraldiss. Leipzig 1920. (Klinik Rille.)

Zusammenstellung von 70 Fällen aus der Literatur, bei denen es sich 18mal um eine Infektion des Behandelnden durch den Patienten, 52mal um eine Infektion des letzteren handelte. Bei der ersten Serie kam die Infektion meist an den Fingern zustande, einmal trat bei einem Zahnarzt ein Lippenschanker auf, der die Angewohnheit hatte, während der Arbeit die Instrumente mit den Lippen zu halten. Die Infektion der Patienten erfolgte am häufigsten im Anschlusse an instrumentelle Verletzungen bei

der Behandlung, die in einem großen Teil der Fälle nicht durch Zahnärzte, sondern durch Dentisten erfolgt war. Die früher viel geübte Methode, frisch extrahierte Zähne auf andere Personen zu transplantieren, hat mehrfach zu Infektionen geführt. Die strenge Asepsis bei der Behandlung macht die Gefahr heutzutage viel geringer. Ernst Levin-Berlin.

Quarck, Max, Dr., **Gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten.** Berlin, 1921, Hans R. Engelmann.

Quarck ist in der Phalanx der Kämpfer gegen die Geschlechtskrankheiten einer der radikalsten. An der Hand statistischen Materials weist er den unheilvollen Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Volksgesundheit Deutschlands nach. Er verfolgt die historische Entwicklung der gesetzgeberischen Maßnahmen, die in den letzten Jahrzehnten unternommen sind, er weist nach, daß andere Länder mit bestem Erfolge durchgeführt haben, was bei uns noch Gegenstand schwerster Bedenken und öffentlichen Meinungsstreites ist und er tritt unbedingt dafür ein, daß dem Interesse des allgemeinen Wohles die Rechte und Bequemlichkeiten des Einzelnen unterzuordnen sind. Daher erkennt er rückhaltslos die im Gesetzentwurf vorgesehene Beseitigung der Reglementierung der Prostitution und ihren Ersatz durch sanitäre Maßnahmen sowie die Abänderung des Kuppeleiparagraphen an, aber gegen die beschränkte Anzeigepflicht erhebt er als zu wenig weitgehend Einwände und fordert dafür die Einführung der allgemeinen diskreten Anzeigepflicht für alle Geschlechtskrankheiten an örtliche Gesundheitsämter. Wertvolle Beigaben der kleinen Schrift sind der Entwurf und die vollständige Begründung des neuen Gesetzentwurfs, die mittelalterlichen und grotesken „polizeilichen Vorschriften zur Sicherung der Gesundheit der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes, welche am 1. Oktober 1902 für Groß-Berlin in Kraft treten", der französische Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1906 und der Beschluß der Schweizer Regierung betr. Anzeigepflicht sämtlicher Geschlechtskrankheiten vom 2. Oktober 1920. Gumpert.

Schneider, K., Die Persönlichkeit der Prostituierten. Münchn. med. Wochenschr. 1920. Nr. 31.

70 in den Jahren 1913/14 zwangsbehandelte eingetragene Prostituierte wurden nach charakterologischen Gesichtspunkten eingeteilt. Nach dem Temperament fanden sich einfach Ruhige 8, einfach Ruhige mit Schwachsinn 24, erregbare Ruhige 6, erregbare Ruhige mit Schwachsinn 2, aktive Ruhige 2, aktive Ruhige mit Schwachsinn 1, sensitive Ruhige 5, einfach Unruhige 6, einfach Unruhige mit Schwachsinn 9, erregbare Unruhige 1, erregbare Unruhige mit Schwachsinn 2, aktive Unruhige 4, Bei der Frage des Anheimfallens an die Prostitution, die im Durchschnitt im Alter von 18—20 Jahren erfolgte, ist der Anlaß von den tieferen Bedingungen zu trennen. In Betracht kommen äußere Faktoren (Schicksalsfaktoren, z. B. häusliches Milieu) und innere Faktoren (Anlagefaktoren: Faulheit, selten Erotik). Für den einzelnen Fall ist die Frage der tatsächlichen Koeffizienten zu untersuchen. Zwischen dem reinen Schicksalstyp und dem zwei Unterformen (Bewußte und Wider-

standslose) aufweisenden reinen Anlagetyp steht der Mischtyp. Es fanden sich rein Bewußte 35, 7 Bewußte, bei denen äußere Koeffizienten außerdem wahrscheinlich waren, 17 rein Widerstandslose, 11 Widerstandslose mit äußeren Koeffizienten. Die Kriminalität war, abgesehen von den Unzuchtsstrafen, nicht bedeutend. Ernst Levin-Berlin.

Lesser, Fritz, Die Disziplinierung der Prostitution, ein neues System zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1920. Nr. 3/4.

Bei der Neuorganisierung der Prostituiertenkontrolle in dem während des Krieges besetzten Warschau erwiesen sich Maßnahmen von Wert, die darauf hinzielten, nicht nur, die erkrankten Prostituierten abzusondern, sondern von vornherein eine Herabminderung der Infektionen zu bewirken. Nach den Erfahrungen des Verf. ist dies verhältnismäßig leicht bei allen Geschlechtskrankheiten zu erreichen: beim weichen Schanker durch Sauberkeit, beim Tripper durch Ausspritzen der Harnröhre unmittelbar nach dem Verkehr mit 5%iger Protargollösung sowie Scheidenirrigationen mit Kal. permangan., bei der Syphilis durch einmal monatlich verabfolgte Neosalvarsaneinspritzungen Dos. IV. Auch auf bereits syphilitisch Erkrankte wirkte die regelmäßige Salvarsanbehandlung günstig ein. Als Schutz gegen alle Geschlechtskrankheiten wurde gründliches Einfetten der weiblichen Genitalien vor dem Verkehr mit 5%iger Protargolvaseline empfohlen und den Prostituierten aufgetragen, ihre Besucher auf Krankheitserscheinungen am Glied zu besichtigen und ihnen Condoms sowie prophylaktische Einträufelungen zur Anwendung unmittelbar nach dem Verkehr anzubieten. Um bei den Prostituierten das Interesse für alle diese Maßnahmen wach zu rufen, und dauernd zu erhalten, wurden ihnen gewisse Vergünstigungen gewährt: Sie erhielten ein Merkblatt mit den Vorschriften für die Prophylaxe und hatten ein Taschenbesteck zur Ausführung derselben stets bei sich zu tragen und bei der Kontrolle vorzuzeigen. Die Vermieter von Absteigequartieren wurden verpflichtet, in jedem Zimmer Waschgelegenheit und Irrigator bereit zu halten. Die den Mädchen gewährten Vergünstigungen wurden im Falle einer Erkrankung oder wenn sie nachweislich einem Manne keine Schutzmittel angeboten hatten und Infektion eingetreten war, aufgehoben. Mädchen, die sich häufiger mit Tripper infizierten, wurden nach der Heilung im Krankenhause noch einer Quarantäne von 4—8 Wochen unterworfen. Ernst Levin-Berlin.

Pick, W., Zur Lösung des Prostitutionsproblems. Wien. med. Wochenschr. Nr. 19.

Ausgehend von der durchaus richtigen Beobachtung, daß die Prostitution je niedriger auch um so durchseuchter ist, möchte Pick sie zu einem von den minderwertigen, psychopathischen Elementen befreiten, staatlich anerkannten und geförderten Gewerbe machen. Die allein zuzulassenden verständigeren Elemente hält er für geeignet, in Gewerbeschulen auf ein höheres Niveau gehoben und durch gewerbehygienischen Unterricht, besonders auch in bezug auf die Geschlechtskrankheiten belehrt zu werden. Nach Ausscheidung der Schwachsinnigen wird man sie dahin bringen, selbst Infektiöse fern zu halten und sich vor Infektionen zu bewahren. Die so auf ein höheres Niveau gehobene Prostitution könnte auch wieder,

wie in alter Zeit, die Verbindung mit der Kunst herstellen. Einrichtung von Krankenkassen wird die Prostituierten leicht dazu bringen, freiwillig die ihnen zur Verfügung stehenden Ärzte aufzusuchen, für die Zeit einer Erwerbsunfähigkeit müssen sie entschädigt werden. Zum Schutz gegen Ausnutzungen soll der Staat alle mit dem Betriebe zusammenhängenden Einrichtungen in eigene Regie nehmen, aus den Einnahmen könnten für die Prostituierten Spitäler, Erholungs-, Altersheime, Altersversorgung geschaffen werden. So würde das Bedürfnis, sich der geheimen Prostitution zu widmen, fortfallen, und es wäre eine wirksame Waffe im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gewonnen. Ernst Levin-Berlin.

Levin, Ernst. Reichsgesetzliche Assanierung der Prostitution durch eine Gesundheitsbehörde ohne Vollzugsgewalt? Berl. Ärzte-Korr. 1920. Nr. 19.

Für die bevorstehende Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist anscheinend mit zwei in einem gewissen Zusammenhange stehenden Maßnahmen zu rechnen: einem ärztlichen Meldezwange und einer Aufhebung der Zwangsreglementierung und Zwangskontrolle der Prostitution. Die Prostituierten sollen in ein allgemeines Überwachungssystem eingeordnet werden. Es besteht zunächst die Schwierigkeit, wie die der neuartigen Prostituiertenüberwachung unterliegenden Personen festzustellen sind und ihr Wiederausscheiden zu regeln ist; eine der jetzigen Sittenpolizei gleichstehende Behörde wäre hierfür erforderlich. Selbst bei einem allgemeinen Überwachungssystem wäre der durch ihre Lebensweise bzw. ihr Gewerbe eine besondere Gefahr darstellende Kreis der Berufsprostituierten besonders zu berücksichtigen, bei dem jedoch gerade mit dem vorausgesetzten Prinzip der Freiwilligkeit nicht gerechnet werden kann. Die Erfahrungen der Berliner Sittenpolizei sind in dieser Beziehung ungünstige und lassen eine Verallgemeinerung des Systems als nicht angängig erscheinen. Das Versagen des Systems der freiwilligen Meldung erklärt sich ungezwungen aus der ganzen Wesensart der Prostituierten, aus der Furcht, sich dadurch in ihrem Berufe zu schädigen, aus ihrer ethischen Minderwertigkeit und allgemeinen Indolenz; auch die Tatsache, daß sie unter Umständen, z. B. beim Tripper keine subjektiven Krankheitserscheinungen haben, ist in Betracht zu ziehen. Gegen die Beibringung von Gesundheitsbescheinigungen spricht die Schwierigkeit der Identifizierung der untersuchten Person seitens des Arztes ohne vorgängige Mitwirkung der Behörde, gegen Ausweise mit Photographie und sonstigen Erkennungsmerkmalen liegen auch Bedenken vor. Man wird daher auch künftighin ohne eine Behörde nicht auskommen, die — gleichgültig unter welchem Namen — eine große vollziehende Gewalt haben muß, da es nötig ist, das der hygienischen und sozialen Bearbeitung zuzuführende Material aufzuspüren und beizutreiben.

Autoreferat.

Hellwig, Zum Kampf gegen die Kriminalität und die Verwahrlosung der Jugendlichen. Archiv f. Strafrecht und Strafprozeß. 1920. Bd. 68.

Während man von einer Zunahme der Verwahrlosung während des Krieges allgemein überzeugt war und eine bedeutende Zunahme der Kriminalität sich zahlenmäßig nachweisen läßt, hat Voigtländer eine Sta-

tistik aufgestellt, nach der die sexuelle Verwahrlosung unter den weiblichen Fürsorgezöglingen des Leipziger Kreises zurückgegangen sein sollte, und zwar die Verwahrlosung der schulentlassenen Mädchen von 50% auf 17%, gleichzeitig sexueller Verkehr von 78% auf 60%, Geschlechtskrankheiten von 70% auf 56%, Gewerbsunzucht von 22% auf 5%. Als mögliche Ursachen hierfür werden das abendliche Straßenverbot für Jugendliche und die besseren Arbeitsverhältnisse angeführt. Hellwig bezweifelt die Beweiskraft der Statistik und bemängelt das Fehlen absoluter Zahlen, da die Verhältniszahlen nicht maßgebend sind. Gegen eine wirkliche Abnahme der Verwahrlosung spricht auch die anscheinende Abnahme des Schwachsinns, der doch keine erworbene Erscheinung ist. Man muß vielmehr die relative Abnahme der sexuell verwahrlosten und der schwachsinnigen Fürsorgezöglinge erklären durch Zunahme der Verwahrlosung und Übergreifen auf Kreise, die in normalen Zeiten nur sehr wenig Fürsorgezöglinge stellen. Auch die von V. gezogenen Schlüsse über die Wandlungen in der Verwahrlosung der jungen Mädchen während der Kriegszeit (Zunahme der Eigentumsvergehen infolge größerer Abhängigkeit von Zeit und Milieuumständen) werden von H. beanstandet.

Ernst Levin-Berlin.

An unsere Leser.

Durch den Tod des bisherigen Herausgebers der Zeitschrift, Herrn Geheimrat Prof. Blaschko, ist das Erscheinen dieses Heftes, das diesen Band abschließt, erheblich verzögert worden.

In Zukunft wird der Band einen Jahrgang mit 6 Heften umfassen; pünktlich alle 2 Monate wird ein Heft erscheinen.

Durch den Wechsel in der Persönlichkeit des Herausgebers und der notwendig gewordenen Umstellung innerhalb der Schriftleitung wird das nächste Heft erst am 30. November d. J. erscheinen.

Der Inhalt der kommenden Hefte wird sich an weitere Leserkreise als bisher wenden und die zu behandelnden Themata auf eine breitere Basis gestellt werden; auch der allgemeine Teil und der Referatenteil wird dem Gesamtgebiet der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter besonderer Betonung der historischen, juristischen, ethischen, sozialen, sozialhygienischen und medizinischen Seite des Problems in erhöhtem Maße gerecht werden.

Die Red.

Die Schriftleitung erbittet Zusendung von Besprechungsexemplaren nach Berlin W, Wilhelmstr. 45.

Namenregister.

(Die fettgedruckten Seitenzahlen weisen auf Originalarbeiten hin.)

Sachregister.

(Geschlechtskrankheiten = G.Kr.)



Arhovin,

seit mehr als 16 Jahren

bewährtes internes Antigonorrhoicum

von anerkannt therapeutischem Wert,

bei **akuter und chronischer Gonorrhoe,** neben der sonst erforderlichen lokalen Behandlung per os verabreicht, den gonorrhoischen Krankheitsprozeß außerordentlich günstig und rasch beeinflussend. Auch bei andersartigen infektiösen Prozessen des Urogenitaltrakts von geich guter Wirksamkeit.

Arhovin (chemisches Präparat aus Diphenylamin, Thymol, Aethylbenzoat) ist nach übereinstimmenden Berichten der Fachliteratur

der beste Ersatz der Balsamica

ohne deren unangenehme Nebenwirkungen.

Anwendungsgebiet: Urethritis anterior und posterior, Prostatitis, Cystitis, Pyelitis, Colpitis, Vulvitis, im acuten und chronischen Stadium, gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer Art.

Verordnungsweise: Rp. 1 Originalschachtel Arhovin-Kapseln (je 0,25 g) zu 15, 30 oder 50 Stück.

Dosierung: 3—4 mal täglich ein bis zwei Kapseln.

Ausführliche Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten kostenlos durch unser Berliner Büro zu Diensten.

Goedecke & Co., Chem. Fabrik, Berlin N4 und Leipzig



Verlag von JOHANN AMBROSIUS BARTH, Leipzig

Flugschriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Heft 1: **Geschlechtskrankheiten und Heilschwindel.** Von Dr. med. Carl Alexander, Breslau. 6. umgearbeitete Auflage. 32 Seiten. M. 2.50.

Heft 2: **Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, ein Teil der Bevölkerungsfrage.** Von Prof. Dr. Touton, Wiesbaden. 2. unveränderte Auflage. 24 Seiten. M. 2.—

Heft 3: **Wie schützen wir uns vor den Geschlechtskrankheiten und ihren üblen Folgen?** Von Sanitätsrat Dr. med. Felix Block, Hannover. 8. Aufl. 32 Seiten. M. 2.50.

Heft 4. **Die ärztliche Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten.** Von Sanitätsrat Dr. med. E. Rotschuh, Aachen. 36 Seiten. M. 2.—.

Heft 5: **Zwei Ansprachen an Abiturienten.** Von Med.-Rat Dr. P. Stephani, Mannheim und San.-Rat Dr. J. P. Hollmann, Solingen. 4. Auflage. 31 Seiten. M. 2.50.

Heft 6: **Über Quecksilber als Heilmittel.** Von Dr. med. R. Kaufmann, Frankfurt a. M. 4. verbesserte Auflage. 23 Seiten. M. 1.50.

Heft 7: **Moderne Syphilisforschungen.** Von Prof. Dr. Hans Hübner, Elberfeld. 4. neubearbeitete Auflage. 16 Seiten. M. 1.—.

Heft 8: **Grundlagen und Gefahren des Geschlechtslebens.** Von Dr. Franziska Cordes, Berlin. 4. überarb. Aufl. 14 Seiten mit einer Tafel. M. 1.50.

Heft 9: **Schule und Elternhaus im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.** Von Dr. phil. R. Brückmann, Königsberg. 3. Auflage. 24 Seiten mit 3 Figuren. M. 2.50.

Heft 10: **Über die sexuelle Verantwortlichkeit.** Von Prof. Dr. K. Touton, Wiesbaden. 5. umgearbeitete Auflage. 22 Seiten. M. 2.50.

Heft 11: **Über den gegenwärtigen Stand der Frage der sexuellen Jugendbelehrung.** Von Dr. med. K. Jaffé(†)-Hamburg. 3. Auflage, überarbeitet von Dr. E. Meirowsky, Köln a. Rh. 16 Seiten M. 1.50.

Heft 12: **Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus.** Von Prof. Dr. med. E. Meirowsky, Köln. 7. unveränderte Auflage. 64 Seiten. M. 6.—.

Heft 13: **Über das Geschlechtsleben und seine Gefahren.** Von Hofrat Dr. Carl Uhl, München. 8. Auflage. 15 Seiten. M. 1.50.

Heft 14: **Die Prostitution, ihre alsbaldige Regelung ein dringendes Bedürfnis.** Von Geheim. Oberjustizrat und Senatspräsident Robert Schmölder, Hamm. 2. Auflage. 24 Seiten. M. 2.—.

Heft 15: **Ein sexualpädagogischer Elternabend.** Von Gymnasialdirektor Dr. O. Reissert, Breslau. 3. Auflage. 12 Seiten. M. 1.50.

Heft 16: **Über vermeidbare Krankheiten.** Aufklärungsvortrag, gehalten vor Mitgliedern des Jugendklubs und Schülern der Fortbildungsschule in Gegenwart der Leiter und des Lehrerkollegiums der höheren Lehranstalten. Von Geh. Sanitätsrat Dr. Alexander Edel, Berlin-Wilmersdorf. 3. unveränderte Auflage. 10 Seiten. M. 1.50.

Heft 17: **Wie schützen und erhalten wir Gesundheit und Schönheit der Frau?** Von Frauenarzt Dr. med. Fritz Weisswange †. 3. unveränderte Auflage. 16 Seiten. M. 1.50.

Heft 18: **Das Kind und die Geschlechtskrankheiten.** Von Dr. Gerhard Hahn, Breslau. 3. Auflage. 16 Seiten. M. 1.50.

Heft 19: **Die Gefahren der Syphilis und die Reglementierung der Prostitution.** Von Prof. Dr. A. Blaschko, Berlin. 2. Auflage. 24 Seiten. M. 2.—.

Heft 20: **Kurze Freud', langes Leid.** Eine Seemannsgeschichte. Von C. Graeser, Neapel. 7. Abdruck. 8 Seiten. M. 1.20.

Heft 21: **Prostitution und Abolitionismus.** Von A. Pappritz, Berlin. 2. Auflage. 23 Seiten. M. 2.—.

Heft 22: **Wie schützen wir unsere Jugend vor sexuellen Gefahren?** Ein Mahnwort für Eltern. Von Dr. E. Seger. 2. unveränderte Aufl. 22 S. M. 2.—.

Heft 23: **Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.** 11.—20. Tausend. 15 Seiten. M. 1.—.

Heft 24: **Geschlechtskrankheiten und Ehe.** Von San.-Rat Dr. Leven. 19 S. M. 1.50.

Heft 25: **Hütet Euch vor Geschlechtskrankheiten!** Von Priv.-Doz. Dr. H. Hecht, Prag. 24 Seiten mit 4 Kurven. M. 2.—.

Für das Ausland kommt zu den Preisen ein Valuta-Aufschlag hinzu.

Metzger & Wittig, Leipzig



Syphilis
und
Künstliche Höhensonne
— Original Hanau —

Die Möglichkeit, syphilitische Affektionen, besonders syphilitische Erkrankungen der Haut und Schleimhaut durch gleichzeitige Anwendung der Ultraviolett-Therapie mit Künstlicher Höhensonne — Original Hanau — zur rascheren Heilung zu bringen, wird noch nicht genügend beachtet.



Literatur:

„Lichtbehandlung bei Geschlechtskrankheiten (kombinierte Hg- und Lichtbehandlung) nach 20 jähriger Erfahrung“ von weil. San. Rat Dr. Breiger, Berlin. 14 Seiten oktav. Preis M. 2,— zuzüglich (Nachnahme-) Porto.

„Die Rolle des Lichtes in der Luestherapie“ von Dr. med. E. Hesse, Düsseldorf. 12 Seiten oktav. Preis M. 2,— zuzüglich (Nachnahme-) Porto.

Bei Auslandslieferung kommt noch der jeweilige Valutazuschlag hinzu.

Zu beziehen vom

Sollux Verlag, Hanau

Postfach 629



VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG

UNTERSUCHUNGEN
ÜBER DEN
SYPHILISERREGER

VON

Dr. med. et phil. F. W. OELZE
ASSISTENT AN DER HAUTKLINIK DER UNIVERSITÄT LEIPZIG
(DIREKTOR PROF. Dr. J. H. RILLE)

VI, 74 Seiten mit 6 Kurven im Text und 4 Tafeln

1922. Kartoniert M. 75.—

Einleitung

Die folgenden Untersuchungen haben, abgesehen von früheren Versuchen im Breslauer Zoologischen Institut (Prof. Kükenthal) und in der Breslauer Hautklinik (Prof. Neisser†), mich die letzten 3 Jahre in der Leipziger Hautklinik (Prof. Rille) vornehmlich beschäftigt.

Sie sind das Resultat eines Arbeitsplanes, der mit dem ursprünglichen Entwurf nur noch wenig Ähnlichkeit hat. Viele Einzelfragen erwiesen sich als der experimentellen Untersuchung z. Zt. nicht zugänglich. Manches andere konnte auf eine sichere zahlenmäßige Grundlage gestellt werden. Das Streben nach Genauigkeit führt leicht zu untunlicher Ausnutzung der Zahlenrechnung; ich habe mich besonders bemüht, diese Klippe zu vermeiden.

Wenn ich selbst das Resultat der folgenden Seiten richtig verstehe, so handelt es sich nicht um den Schlußstein eines vorhandenen Gebäudes, sondern um einen bescheidenen Anfang, der dringend der Nachprüfung durch andere Beobachter bedarf.

Die einzelnen Fragestellungen sind in aller Kürze beantwortet; nur dort, wo auch für den Praktiker wichtige Fragen beantwortet werden, bin ich ausführlicher geworden in der Erkenntnis, daß zur genauesten Sicherung des Behandlungsplanes eines kranken Menschen kein Wort zu viel gesagt werden kann.

Inhaltsübersicht

Metzger & Wittig, Leipzig. 324





bei Prostatitis, Epididymitis, Funiculitis, Spermatocystitis, sowie bei weiblichen gonorrhoischen Adnexerkrankungen erreicht. Bei der chronischen eiterigen Pyelitis wird die am Schluß der Miktion vielfach eintretende Eiterung durch Injektion von Glysanin schnell beseitigt.

Die Glysanin-Injektionen rufen keine Nebenwirkungen hervor. Bestehendes Fieber wird nicht beeinflußt, das Blutbild bleibt unverändert, Nierenschädigungen werden nicht beobachtet. Eine allgemeine Leukozytose konnte nach den Injektionen nicht nachgewiesen werden. Die Einspritzungen, welche keine Temperatursteigerungen nach sich ziehen, werden im allgemeinen schmerzlos ertragen und bewirken keinerlei Reaktion an der Einstichstelle.

Anwendung und Dosierung.

Für die Glysanin-Injektion ist eine Rekordspritze von 2—3 ccm erforderlich. Man benutze eine kurze Kanüle (etwa 2,5—3 cm lang) mit nicht zu engem Lumen. Vor der Injektion stelle man das Fläschchen 1—2 Minuten in ein mit heißem Wasser gefülltes Schälchen, um das Glysanin leichter fließbar zu machen. Man ziehe dann aus dem breithalsigen Fläschchen das Glysanin in die sterilisierte Rekordspritze ohne Kanüle, presse die Luftbläschen aus der Spritze und setze erst dann die steril gemachte Kanüle auf. Das dickflüssige Glysanin entleert sich nur tröpfchenweise aus der Kanüle.

Die Einspritzung geschieht, während der Patient in Seitenlage liegt, intraglutaeal an irgend einem Punkte der Gesäßmuskulatur im unteren inneren Quadranten. Die Einstichstelle wird mit einem Tröpfchen Jodtinktur befeuchtet. Nach dem langsamen Einstechen fixiere man mit zwei Fingern der linken Hand die Kanüle an ihrem Ansatz und drücke gleichzeitig den Kolben der Spritze mit dem Daumen der rechten Hand, welche die Spritze umfaßt hat, allmählich und langsam durch. Bei der Einspritzung, die etwas Zeit benötigt, ist ein stärkerer Druck anzuwenden. Die Injektionen, die jeden zweiten Tag erfolgen, können ambulant vorgenommen werden. Der Patient braucht hiernach keiner Ruhe zu pflegen. Man beginnt mit 1 ccm. Bei der nächsten Injektion spritzt man 1,5 ccm, bei den folgenden 2—3 ccm. Mehr als 6—8 Injektionen sind meist nicht erforderlich; doch können sie ohne Schaden fortgesetzt werden.

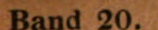
Bestehendes Fieber bildet keine Kontraindikation.

Rp. Glysanin 10 ccm
„Originalpackung Schering."

Die Fläschchen sind stehend und gut verschlossen aufzubewahren.

Proben und Literatur kostenfrei.





Band 20. Heft 1 u. 2.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Herausgegeben

von

A. Blaschko - Berlin, **B. Bloch** - Zürich
S. Ehrmann - Wien, **E. Finger** - Wien
J. Jadassohn - Breslau, **K. Kreibich** - Prag

Redigiert

von

Prof. Dr. A. Blaschko

Berlin W., Wilhelmstraße 45

Leipzig 1921

Verlag von Johann Ambrosius Barth

Dörrienstraße 16

Ausgegeben im Juli 1921.



Inhalts-Verzeichnis.

Jährlich erscheint ein Band von 12 Heften.
Preis des Bandes M. 30.—, nach dem Auslande mit Valuta-Aufschlag.
Durch alle Buchhandlungen, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung zu beziehen.
Die Mitglieder der D. G. z. B. d. G. erhalten die Zeitschrift zu einem Vorzugspreis.



VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN
TEMMLER
TEMMLER
WERKE
DETMOLD

Alleinige Inseratenannahme durch Geisdorf & Pusch, Berlin SW. 48, Wilhelmstr. 28.

Metzger & Wittig, Leipzig.

Band 20. Heft 3 u. 4.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Herausgegeben

von

A. Blaschko - Berlin, B. Bloch - Zürich
S. Ehrmann - Wien, E. Finger - Wien
J. Jadassohn - Breslau, K. Kreibich - Prag

Redigiert

von

Prof. Dr. A. Blaschko

Berlin W., Wilhelmstraße 45

Leipzig 1921
Verlag von Johann Ambrosius Barth
Dörrienstraße 16

Ausgegeben im September 1921.

Inhalts-Verzeichnis.

Jährlich erscheint ein Band von 12 Heften.
Preis des Bandes M. 30.—, nach dem Auslande mit Valuta-Aufschlag.
Durch alle Buchhandlungen, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung zu beziehen.
Die Mitglieder der D. G. z. B. d. G. erhalten die Zeitschrift zu einem Vorzugspreis.



Metzger & Wittig, Leipzig.